

Rosimeire Aparecida da Silva

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDUÇÃO DE DANOS:
UM ENCONTRO INTEMPESTIVO E DECIDIDO NA CONSTRUÇÃO
POLÍTICA DA CLÍNICA PARA SUJEITOS QUE SE DROGAM**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da
Violência
Belo Horizonte - MG
2015**

Rosimeire Aparecida da Silva

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E REDUÇÃO DE DANOS:
UM ENCONTRO INTEMPESTIVO E DECIDIDO NA CONSTRUÇÃO
POLÍTICA DA CLÍNICA PARA SUJEITOS QUE SE DROGAM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Orientadora: Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo
Coorientadora: Fernanda Otoni de Barros-Brisset

Belo Horizonte

2015

S586r Silva, Rosimeire Aparecida da.
Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. / Rosimeire Aparecida da Silva. - - Belo Horizonte: 2015. 199f.
Orientador: Cristiane de Freitas Cunha Grillo.
Coorientador: Fernanda Otoni de Barros-Brisset.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Reforma dos Serviços de Saúde. 2. Controle de Medicamentos e Entorpecentes. 3. Redução do Dano. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Grillo, Cristiane de Freitas Cunha. II. Barros-Brisset, Fernanda Otoni de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 540

**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
Área de Concentração Subjetividade e Cultura**

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Vice-Reitora: Prof.^a Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof.^a Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Ana Cristina Côrtes Gama

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antonio Leite Alves Radicchi

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência: Prof.^a Elza Machado Mello

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência:

Andréa Maria Silveira

Antônio Leite Alves Raddich

Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Eliane Dias Gontijo

Elizabeth Costa Dias

Eugênia Ribeiro Valadares

Izabel Christina Friche Passos

Paulo Roberto Ceccarelli

Stella Maris Aguiar Lemos

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Victor Hugo de Melo



FOLHA DE APROVAÇÃO

Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam.

ROSIMEIRE APARECIDA DA SILVA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 21 de agosto de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Cristiane de Freitas Cunha Grillo
Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientador
UFMG

Fernanda Otoni Brisset
Prof(a). Fernanda Otoni Brisset
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Eduardo Viana Vargas
Prof. Eduardo Viana Vargas
UFMG

Ensaldo Luiz de Araújo Carlini
Prof. Ensaldo Luiz de Araújo Carlini
Universidade Federal de São Paulo

Vinício de Moraes
Prof. Vinício de Moraes
Centro de Ensino Superior de São Gotardo

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2015.

Dedico este trabalho a meu pai, Antonio Augusto da Silva, neblina que turva meu olhar e aquece a lembrança deste amor.

AGRADECIMENTOS

Agradecer, ter o que e a quem agradecer dá sentido ao viver. E são muitos, felizmente! Não ando só, gosto de companhia, daí a longa lista, cuja ordem não designa nenhum tipo de classificação, só registro. Se o papel permitisse, a lista seria circular, pois todos estão incluídos no laço de afeto e a todos sou igual e imensamente grata.

À professora Cristiane Cunha, orientadora deste percurso, pelo decidido desejo dele partilhar, dividindo outra paixão comum: o sertão de Guimarães Rosa. Cristiane, obrigada pela acolhida, companhia e confiança e por aceitar o desafio de inventar um novo lugar para a pulsação do pensamento clínico, sanitário e cidadão: o Ateliê Intervalo de Redução de Danos.

A Fernanda Otoni Barros-Brisset, pela coorientação sempre precisa e delicada, mas, sobretudo, pela acolhida que me abriu as portas ao melhor de uma hospitalidade: o carinho, o testemunho silencioso de um luto e o convite ao trabalho e à vida. *Merci*, Fernanda.

À professora Elza Melo, coordenadora do mestrado, pela acolhida, aposta, confiança e incentivo à produção deste texto e do projeto do Ateliê Intervalo de Redução de Danos.

Aos colegas do mestrado, pela partilha de muitas dúvidas e pouquíssimas certezas.

A Virgílio Mattos e Laura Lambert, sem os quais este mestrado não seria o mesmo ou talvez nem se realizasse. A aposta no fato de que esta escrita valia a pena, os muitos e muitos telefonemas, gestos, livros e tantas outras delicadezas fizeram o percurso mais leve e possível. Agradeço-lhes pelo enorme carinho e confiança.

A Maria Tereza Granha, Rejane Reis e Cristiane Barreto, pela parceria e partilha generosa deste texto. A leitura precisa e carinhosa de cada uma e suas pontuações a tempo deram ritmo e agregaram perspectivas e fundamentos ao trabalho em curso. A Cristiane Barreto agradeço, ainda, as valiosas e sempre pontuais indicações e ofertas de leitura.

A Anna Cristina Pinheiro e Ricardo Henrique Carvalho Lara, por trazerem, no momento exato, o texto que me faltava e sem o qual parte desta escrita se empobreceria.

Às equipes de Consultórios de Rua por “abrirem o campo” ao cuidado delicado e solidário, testemunhando que *a saúde a ser inventada* é possível no mais árido dos territórios. Obrigada,

por me ensinarem a transitar sobre terreno frágil e por instigarem minha curiosidade e o desejo de conhecer tais mundos.

Às gerentes de Centros de Convivência e a Suricato, meu muitíssimo obrigada, por receberem com tamanha alegria a proposta e nela se engajarem.

Aos companheiros da aventura paipejotiana, de modo especial, a Fabrício Ribeiro, Daniela Brasil, Miguel Antunes, Romina Magalhães, Kelen Cristina, Clélia Loureiro, Alecsandra Vaz, Janaina Dornas, Aloísio Eustáquio, Mayara Costa, Fabiana Batista e às ex-paipj Alice Silva e Janaina Beneti, pela alegria dos bons encontros.

A Eliana Campos e Sílvia Carla Anunciação, amigas de toda vida, agradeço por seguirem comigo as trilhas que percorro com a curiosidade que me instiga.

Aos amigos e companheiros do Fórum Mineiro de Saúde Mental e da Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos, por partilharem e sustentarem uma causa comum: a luta contra todas as formas de segregação, mas, sobretudo, pela construção de um mundo possível, em que a singularidade e a diferença façam laço com a cidadania na conjugação do verbo viver.

A Lilian, Pedro, Lis e Roberto, por enriquecerem a minha vida e ampliarem a minha família.

À minha mãe, Maria das Dores, por fazer da vida (dela e nossa) uma alegria constante, mesmo quando tudo teima em ser o contrário. Obrigada por existir e me ajudar a existir.

Uso a palavra para compor meus silêncios

*Não gosto das palavras
fatigadas de informar.*

*Dou mais respeito
às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.*

*Entendo bem o sotaque das águas
Dou respeito às coisas desimportantes
e aos seres desimportantes.*

*Prezo insetos mais que aviões
Prezo a velocidade
das tartarugas mais que a dos mísseis
Tenho em mim um atraso de nascença.*

*Eu fui aparelhado
para gostar de passarinhos.
Tenho abundância de ser feliz por isso.*

*Meu quintal é maior do que o mundo.
Sou um apanhador de desperdícios:*

*Amo os restos
como as boas moscas.*

Queria que a minha voz tivesse um formato decanto.

*Porque eu não sou da informática:
eu sou da invencionática.*

Só uso a palavra para compor meus silêncios.

(Manoel de Barros)

RESUMO

SILVA, R.A. *Reforma Psiquiátrica e Redução de Danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam*. 2015. 199 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

Esta dissertação analisa a política de drogas atual, seus efeitos e consequências para os sistemas de justiça e saúde e para os sujeitos envolvidos com as drogas: usuários e traficantes, assim nomeados pela política proibicionista. Analisa, ainda, a introdução da redução de danos no campo da saúde mental a partir da criação dos Consultórios de Rua, uma vez que tal medida conduz a um percurso reflexivo acerca da droga e seus laços com a cultura. Este texto discute também a trajetória da criminalização e suas consequências, a questão da droga e da vulnerabilidade social, buscando contribuir para uma prática de cuidado com usuários de drogas – para com aqueles cujo modo de uso demande atenção no campo da saúde – orientada por princípios éticos de respeito aos direitos humanos e sociais desses sujeitos, e cientificamente embasados.

Como um dos produtos deste percurso, apresenta-se, ao final, o projeto do Centro Regional de Referência (CRR) Ateliê Intervalo de Redução de Danos, dispositivo de formação destinado aos profissionais das redes públicas de saúde, assistência social, educação e justiça, entre outros, bem como a estudantes da graduação e da pós-graduação da UFMG.

Palavras-chave: Política de Drogas. Proibicionismo. Reforma Psiquiátrica. Redução de Danos. Sistema Único de Saúde. Violência.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the current drug policy – its effects and consequences on the justice system, health system and to those involved with drugs: drug users and dealers, determined by the prohibitionist policy and the introduction of damage reduction in the field of mental health through the creation of Street Medical Offices, which leads to a reflective journey concerning drugs and their ties to culture, the route of criminalization and its consequences, drugs and social vulnerability, seeking to contribute to a health care practice with drugs users- those whose way of use demands attention in the health field - guided by ethical principles of respect for human and social rights of these individuals, and scientifically grounded.

As one of the products of this pathway the Regional Reference Center's (CRR) project, Interval of Harm Reduction Workshop, is presented at the end as a training device aimed at professionals of public health networks, social, education and justice care, among others, as well as undergraduate and graduate students of UFMG.

Key-words: Drug policy. Prohibition. Psychiatric Reform. Harm Reduction. Health System. Violence.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1

Morbidade hospitalar do SUS por causas externas: internações por região e ano de processamento – Brasil – 2008-2012..... 98

QUADRO 2

Morbidade hospitalar do SUS por causas externas: valor total por região e ano de processamento – Brasil – 2008-2012..... 98

QUADRO 3

Redução de danos x abordagem tradicional 115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	
Número de presos total por 100 mil habitantes	79
TABELA 2	
Relação de presos por grau de instrução e sexo – Brasil – Jun. 2013	82
TABELA 3	
Relação de presos por faixa etária – Brasil – Jun. 2013	83
TABELA 4	
Relação de presos por raça/cor –Brasil – Jun. 2013	85
TABELA 5	
Relação de presos por procedência – Brasil – Jun. 2013	86
TABELA 6	
População carcerária por faixa etária e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013	88
TABELA 7	
População carcerária por raça/cor e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013	88
TABELA 8	
População carcerária por escolaridade e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013	89
TABELA 9	
População carcerária por procedência e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013	90
TABELA 10	
População carcerária por delito e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS/SIDA – *Acquired Immunodeficiency Syndrome*/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas
- CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
- CEBRID– Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- CERSAM– Centro de Referência em Saúde Mental
- CERSAMi –Centro de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil
- CETAD– Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
- CFP – Conselho Federal de Psicologia
- CND – *Commission on Drugs Narcotics*/Comissão de Drogas Narcóticas
- CNJ – Conselho Nacional de Justiça
- CODAR– Consumidores de Drogas de Alto Risco
- CONFEN– Conselho Federal de Entorpecentes
- CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
- CR – Consultório de Rua
- CT – Comunidade Terapêutica
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DEA – *Drug Enforcement Administration*/Departamento ou Agência Antidrogas dos Estados Unidos
- DEPEN– Departamento Penitenciário Nacional
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FIOCRUZ– Fundação Oswaldo Cruz
- HIV –*Human Immunodeficiency Virus*/Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHA – Índice de Homicídios de Adolescentes

INCB – *International Narcotics Controls Board*/Conselho Internacional de Controle de Narcóticos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LANPUD – Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas

LSD – Dietilamida ácido lisérgico ou ácido lisérgico

MS – Ministério da Saúde

NIDA – *National Institute on Drug Abuse*/Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas dos Estados Unidos

OEA – Organização dos Estados Americanos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PGM – Portaria do Gabinete do Ministro

PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UNDCP – *United Drug Control Program*/Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional da Droga

UNGASS – *Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem*/Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o problema da droga no mundo

UNODOC – *United Nations office on Drugs and Crime*/Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	21
2.1	GERAL	21
2.2	ESPECÍFICOS	21
3	PERCURSO METODOLÓGICO	22
4	CAPÍTULO I – AS DROGAS NA HISTÓRIA: PERCURSOS CIVILIZATÓRIOS	24
4.1	PERCURSOS CIVILIZATÓRIOS	24
4.2	ORIENTE E NOVO MUNDO: EXÓTICOS SABORES VÊM TEMPERAR A MESA EUROPEIA	29
4.3	DROGAS QUE NUTREM: OS ALIMENTOS-DROGA	30
4.4	ÁLCOOL: COMBUSTÍVEL DA REVOLUÇÃO INDUSTRIAL?	33
4.5	O TABACO E SUA FUMAÇA AZUL	34
4.6	FARMÁCIA, BOTÂNICA E MEDICINA: CONSTITUIÇÃO DE NOVOS CAMPOS DE SABER E NASCIMENTO DE UMA INDÚSTRIA	35
4.7	A INTERNACIONALIZAÇÃO DO CONTROLE: O PERCURSO POLÍTICO DA CRIMINALIZAÇÃO DAS CONDUTAS RELATIVAS ÀS DROGAS	40
4.8	DAS GUERRAS DO ÓPIO À “WAR ON DRUGS”	41
4.9	A CONSTRUÇÃO DO RETRATO FALADO DO INIMIGO: A POLÍTICA E OS ESTEREÓTIPOS	60
5	CAPÍTULO II – GUERRA ÀS DROGAS: FUNDAMENTOS E CONSEQUÊNCIAS	65
5.1	VAZIOS E DOBRAS DA PROIBIÇÃO	65
5.2	DIREITO PENAL DO INIMIGO E GUERRA ÀS DROGAS: A ANIQUILAÇÃO DO OUTRO	69
5.3	PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: MECANISMO DA SOCIEDADE DISCIPLINAR	72
5.4	O GRANDE ENCARCERAMENTO DO SÉCULO XXI: RAZÕES DE SUA EXPANSÃO	73
5.5	A CRIMINALIZAÇÃO DA PRODUÇÃO E DO COMÉRCIO DE DROGAS: UM RETRATO DA EXCLUSÃO	78
5.6	UM RETRATO DO ENCARCERAMENTO MINEIRO	87
5.7	LETALIDADE DA GUERRA ÀS DROGAS À BRASILEIRA: A EPIDEMIA DE HOMICÍDIOS	94

5.8 CONSUMO DE DROGAS: EPIDEMIOLOGIA E LAÇOS COM A EXCLUSÃO SOCIAL.....	101
5.9 EPIDEMIA DE CRACK: ÁLIBI SANITÁRIO DA GUERRA ÀS DROGAS	106
6 CAPÍTULO III – REDUÇÃO DE DANOS: ESCOLHA CIVILIZATÓRIA ..	112
6.1 BREVE PERCURSO DA REDUÇÃO DE DANOS NO MUNDO	112
6.2 HISTÓRICO BRASILEIRO DA REDUÇÃO DE DANOS	118
6.3 REDUÇÃO DE DANOS, LUTA ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSQUIÁTRICA: LAÇOS EM DEFESA DA VIDA	121
6.4 COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: RETORNO DO MANICÔMIO?	125
6.5 MAPA DE NAVEGAÇÃO PARA ENTRADA EM CAMPO	129
6.6 ABSTINÊNCIA E RECAÍDA	136
7 CAPÍTULO IV – CONSULTÓRIOS DE RUA: ENCONTRO COM O REAL DA DROGA E DA EXCLUSÃO	141
7.1 O PERCURSO DOS CONSULTÓRIOS DE RUA EM SALVADOR E BELO HORIZONTE	141
7.2 CENAS DE USO: ESTETIZAÇÃO DA EXCLUSÃO?	145
7.3 IR ALÉM DA SEGREGAÇÃO: VIA DE ACESSO AO SUJEITO, SUA DOR E PRESENÇA.....	149
7.4 CORPO: PONTO DE ENLAÇAMENTO AO OUTRO.....	153
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	1601
REFERÊNCIAS.....	169
ANEXO A – PROJETO: CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA / ATELIÊ INTERVALO DE REDUÇÃO DE DANOS.....	180

1 INTRODUÇÃO

*A poesia está guardada nas palavras
 – é tudo que eu sei.
 Meu fado é o de não saber quase tudo
 Sobre o nada eu tenho profundidades.
 (Manoel de Barros)*

O “problema drogas”, tal como hoje este se enuncia, ou seja, como conduta criminalizada, faz seu encontro – adiado e decisivo – com a Reforma Psiquiátrica em meio ao contexto de alarme e pânico social, o qual reclamava a adoção de medidas urgentes para tratar o mal que “invadia” as cidades e o país. Nesse contexto, projetos de lei, políticas nacionais e práticas de repressão e higienismo são anunciadas todos os dias como a solução para o mal.

A proibição de parte das substâncias psicoativas é um fato recente na história. As guerras do ópio, no final do século XIX, demarcam o ponto de início de tal processo, que se consolidou ao longo do século XX, ainda que medidas de controle e proibição sejam registradas há mais tempo. Sob a condução da Organização das Nações Unidas (ONU) e a liderança dos Estados Unidos da América, constrói-se o “controle internacional compulsório cooperativo”, expressão que denuncia certa ambiguidade, uma vez que reúne, numa mesma formulação, termos antagônicos: “cooperativo” e “compulsório”.

A partilha moral das drogas entre lícitas e ilícitas, por sua vez, é contemporânea da consolidação do saber e prática médica e decorrente do processo de criminalização e medicalização, cabendo à medicina fundamentar a restrição jurídica.

Retornando ao ponto de partida, o encontro entre Reforma Psiquiátrica e o problema das drogas não diz respeito à confluência da psiquiatria e das demais profissões do campo *psi* com as drogas, que são anteriores à recepção da política aos sujeitos que se drogam e suas necessidades.

Os usuários de drogas não são estrangeiros nos territórios da saúde mental, habitavam e partilhavam com os ditos loucos os terrenos da exclusão – o hospital psiquiátrico. Sua inclusão na aventura da desconstrução operada pela Reforma Psiquiátrica, contudo, não se fará desde o início do processo. O viajante esquecido na partida tomou lugar e assento no

trem¹ da liberdade com este em movimento e o fez com barulho, trazendo consigo, para além da singularidade de sua demanda, os tensionamentos, limites e fragilidades decorrentes do universo no qual se inscreve a droga: o mundo do crime e da violência.

A exclusão de que são alvo esses sujeitos tem diferenças e semelhanças com a discriminação sofrida pelos seus, agora, companheiros de viagem– os loucos. E é necessário não recuar frente a esse sintoma e nem frente a esses novos estrangeiros, bem como fazer valer para os dissidentes da moral os mesmos princípios que orientam o cuidado aos estrangeiros da razão: a cidadania como condição preliminar ao tratamento possível.

A Reforma Psiquiátrica encontrou a questão das drogas no meio de uma guerra. A política beligerante e letal que sonha com um mundo sem drogas é, como se pode reconhecer nos dados de mortalidade, uma política de extermínio, que no Brasil responde, em grande medida, pela epidemia de homicídios e também pela produção do crescimento vertiginoso do encarceramento. Quem morre, assim como quem é preso e quem se encontra nas cenas de consumo, vem de um mesmo estrato social: eles são negros, pobres e têm baixa escolaridade.

O hiato temporal, nomeado pelo Ministério da Saúde (MS) de “vácuo de tempo” na resposta do Estado brasileiro à questão das drogas, favoreceu a constituição de práticas de exclusão que reeditam respostas da era clássica, ou seja, o tratamento sustentado pela “díade proteção/exclusão”. Tal resposta confronta o percurso da Reforma Psiquiátrica, da luta antimanicomial, da redução de danos e da saúde pública e, por isso, demanda não o mero preenchimento do suposto vácuo, mas o ensejo à construção de um pensamento que venha a orientar uma prática clínica e social com os usuários de drogas, cujo hábito demande e justifique um cuidado em saúde, coerente com os direitos humanos e a democracia.

Colocar-se frente a essa complexa questão exige a necessidade de buscar conhecer e reconhecer a função que a droga cumpre para cada sujeito, como se insere na economia psíquica de cada um, mas, também, os sentidos e as respostas dados a ela pela contemporaneidade.

¹Em alusão e oposição ao trem dos loucos descrito por Guimarães Rosa no conto “Sorôco, sua mãe e sua filha”, metáfora de uma prática real de transporte de portadores de sofrimento mental ao hospital psiquiátrico de Barbacena.

Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. [...] a gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. [...] Ia servir para levar duas mulheres, para longe, para sempre. [...] Para onde ia, no levar as mulheres, era para um lugar chamado Barbacena, longe. Para o pobre, os lugares são mais longes. (ROSA, 1988, p. 18-19).

Pensar essa questão no contexto da política pública e em meio à guerra é o desafio que nos levou a propor um intervalo, uma pausa, na qual se possa formular pensamentos capazes de redefinir as estratégias e as táticas de uma política de atenção singular e cidadã.

O intervalo foi o primeiro achado clínico que pudemos recolher do trabalho realizado pelos Consultórios de Rua e nos sinalizou uma dimensão presente na redução de danos que vai além do pragmatismo e da instrumentalização. Operando de modo a produzir pequenos intervalos de tempo, dos quais um sujeito pode advir e, a partir dos quais, passa a se responsabilizar por suas escolhas, utilizando insumos, mas, acima de tudo, presença, como mote para conquistar o laço e favorecer o tratamento possível. Nesse manejo, descobre-se ou desvela-se a potência clínica da redução de danos, elemento imprescindível à clínica com esses sujeitos.

Entretanto, a redução de danos é ainda um pensamento pouco presente no cotidiano das equipes de saúde e das demais políticas públicas, por isso a necessidade de fazer existir um espaço para fomentar a discussão, dar acesso a subsídios, a pesquisadores e suas produções relativas à construção de uma prática de cuidado aos usuários, eticamente orientada, cientificamente embasada, e, acima de tudo, despida de preconceitos morais, nos levou à elaboração de um projeto de criação de um dispositivo com tais objetivos.

Essa decisão alterou e determinou o curso da pesquisa aqui apresentada, que considerou as questões apontadas em supervisões realizadas com as equipes dos Consultórios de Rua, nas quais foram trabalhados, além das questões singulares de cada caso, os discursos sobre as drogas. O que, por sua vez, conduziu à revisão bibliográfica e à análise das consequências da política de drogas atual, dialogando com as pesquisas e reflexões de estudiosos que se dedicam a essa questão.

O Ateliê Intervalo de Redução de Danos – projeto anexado ao final (Anexo A) – pretende oferecer condições de aprendizagem que possibilitem e fomentem a sistematização dos conteúdos apresentados, por meio do acesso a subsídios teóricos e técnicos; de visitas a serviços; de supervisões e seminários de leitura; de elaboração de artigos, projetos de intervenção e atenção a usuários de drogas a serem desenvolvidos pelos participantes, bem como projetos de mestrado, fomentando a sistematização de percursos formativos, a qualificação da atenção, a circulação, o acúmulo e a consolidação de conhecimento sobre o tema na academia.

Com o Ateliê Intervalo de Redução de Danos, reafirmamos nossa aposta na construção de uma política que sustente e oriente uma clínica não segregativa e solidária para sujeitos que se drogam.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o percurso de sentidos e significados atribuídos às substâncias nomeadas como drogas; a construção do pacto cooperativo compulsório; a legislação brasileira atual e suas consequências; a recepção à redução de danos na saúde pública e na saúde mental brasileira, destacando sua inserção no trabalho dos Consultórios de Rua, em especial, na atuação dessas equipes em Belo Horizonte, a partir de vinhetas de casos discutidos em supervisão, visando à elaboração de um projeto para implantação de dispositivo de formação, voltado para trabalhadores das redes públicas de saúde, assistência social, educação e justiça, entre outros, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais – o Ateliê Intervalo de Redução de Danos.

2.2 Específicos

- Realizar revisão bibliográfica sobre a redução de danos em articulação com a Reforma Psiquiátrica;
- Analisar os documentos oficiais relativos à implantação dos Consultórios de Rua;
- Elaborar projeto para implantação do Ateliê Intervalo de Redução de Danos, permitindo a formalização da parceria entre universidade e política de saúde mental.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para desenvolver esta pesquisa, concluindo-a com a implantação de um novo dispositivo, o Ateliê Intervalo de Redução de Danos, escolhemos, como ferramentas metodológicas: 1) pesquisa documental; 2) supervisão de casos atendidos pelos Consultórios de Rua.

A revisão bibliográfica buscou trazer subsídios que permitissem atravessar a restrição de sentidos e significados determinados pela proibição, ou seja, as referências advindas da clivagem entre lícito e ilícito, as quais não permitem captar os múltiplos sentidos e significados atribuídos, por diferentes povos e culturas, às substâncias psicoativas ao longo da história.

Para tanto, foi imprescindível buscar referências na antropologia, na história, no direito penal, na criminologia e, sobretudo, na psicanálise. Esse percurso teve por intenção destacar, dos textos percorridos, os dados e conceitos que ampliam a percepção atual das drogas em nossa sociedade.

Passando à esfera pública, ou melhor, à questão de “um problema de ordem pública” – dimensão nem sempre dada à “droga” –, esta torna-se objeto de uma política que tem o marco inicial em fins do século XIX, consolida-se no XX e se mantém no século atual e da qual são recolhidos os efeitos de um vitorioso fracasso: a guerra às drogas. Tomamos a legislação brasileira atual, seguindo o que propõem outros autores, como mote de análise e concluímos – como estes – que se trata de um danoso engano, de uma medida arbitrária e cruel que produz mais mortes que as drogas: alvo do combate proposto.

Na sequência, investigamos o histórico da redução de danos no mundo e no Brasil, bem como sua inserção mais recente no campo sanitário e sua entrada na saúde mental. Ressalta-se que a inserção da droga e da redução de danos no campo da Reforma Psiquiátrica produz um deslocamento, ou seja, o consumo de drogas inscreve-se a partir de então não mais como um modo de transmissão de doenças – inscrição dada pelo contexto da epidemia de AIDS –, passando a merecer destaque os laços que os sujeitos estabelecem com as substâncias psicoativas.

Da revisão bibliográfica fomos à escuta da escuta, as supervisões. Recolhemos do relato das equipes pontos de orientação para tratar a angústia que uma clínica a céu aberto e em meio à

guerra provoca, e destes extraímos um percurso de formação. Dessa forma, a questão retornou ao ponto de início e orientou a formulação de uma proposta, um projeto no qual academia e poder público pudessem fazer-se parceiros e produzir um espaço para redução dos danos impostos pela restrição ao pensamento, contribuindo para fortalecer as respostas cidadãs inventadas e sustentadas pelas políticas públicas para tratar o que antes legitimava a exclusão: a singular e, às vezes, radical diferença que constitui cada sujeito.

O percurso se conclui, então, com o que o motivou: a produção de um lugar, a invenção de um espaço para a troca de saberes e produção de conhecimento: o Ateliê Intervalo de Redução de Danos, que visa a contribuir para a qualificação da atenção e a sustentação do compromisso ético com a defesa da vida.

4 CAPÍTULO I –AS DROGAS NA HISTÓRIA: PERCURSOS CIVILIZATÓRIOS

*“Droga é uma palavra indiferente, onde cabe tanto o que serve para matar como o que serve para curar, e os filtros de amor, mas esta lei só reprova o que for usado para matar alguém”
(Lex Cornelia)*

4.1 Percursos civilizatórios

“Droga”: um vocábulo polissêmico, cuja história perde-se na noite dos tempos, e que carrega, em dias atuais, o peso de um sentido restrito. Uma companheira de viagem de longa data da experiência humana. Durante as navegações e trocas mercantis; nas conquistas de povos e territórios que deram origem a diferentes impérios; ou nos encontros entre bárbaros e civilizados; bem como redesenhando o mapa do mundo conhecido e a conhecer; moldando as relações sociais e produzindo civilização, as drogas foram tanto valiosas mercadorias trocadas entre diferentes povos quanto veículos, por meio dos quais costumes, conceitos e modos de inserção no mundo foram transmitidos. Mas é importante assinalar que seu registro na história humana se dá em tempos anteriores às conquistas, aos grandes impérios ou às grandes navegações.

Desde a pré-história são encontradas inscrições que registram sua presença e uso. Como exemplos podem ser citadas as placas sumérias do terceiro milênio a.C., que já registravam a presença do ópio; os cilindros babilônicos antigos, que trazem desenhos da cabeça de dormideira; e os hieróglifos egípcios, os quais se referem ao suco extraído da papoula – o ópio – e o recomendam como analgésico e calmante.

O uso de substâncias psicoativas em períodos mais remotos da história é feito, sobretudo, em rituais mágico-religiosos. Escohotado (2004) registra o uso de variadas substâncias entre os povos antigos e elenca, de modo breve, a existência e o registro do conhecimento do cânhamo na China, Índia e na antiga Mesopotâmia. Na América, aponta-nos a rica existência de fármacos de tipo visionário e de estimulantes. Registra-se (ESCOHOTADO, 2004; VARGAS, 2001), entre os xamãs da Sibéria, o mais antigo uso sistemático de ópio em rituais religiosos.

Escohotado (2004, p. 12) afirma que “o nível de conhecimento sobre botânica psicoativa depende de num dado território terem sobrevivido ou não formas de religião natural, ministradas por xamãs”. Isso explica, segundo o autor, o fato de o Novo Mundo conhecer mais sobre psicoativos, em virtude do tardio predomínio das religiões monoteístas naquela região do planeta.

A experiência da ebriedade – condenada, posteriormente, pelas religiões monoteístas – era, para os povos antigos, tanto uma experiência religiosa quanto hedonista. A ebriedade religiosa divide-se entre possessão e viagem. Na ebriedade de possessão, além do uso de psicoativos, como o álcool, tabaco e beladona, de música e danças violentas, há perda de consciência crítica. E “os arrebatamentos são tanto mais reparadores quanto menos se parecem com a lucidez e a memória”. (ESCOHOTADO, 2004, p. 13). Já na ebriedade de viagem, não há perda de consciência, e o uso de psicoativos, música e dança “suscita acima de tudo uma excursão psíquica consciente, introspectiva, antes ou depois”. (ESCOHOTADO, 2004, p. 13).

A ebriedade de viagem tem sua origem na Ásia Central, de onde se expandiu para a América e Europa. E a de possessão, na África, de onde passou ao Mediterrâneo e à América, tornando-se conhecida pelos nomes de vodu, candomblé ou mandinga.

Budistas, brâmanes, hindus, romanos, muçulmanos e cristãos condenavam, cada um a seu modo, o uso de determinadas substâncias. Cerveja e vinho eram moralmente condenados por egípcios, islâmicos, romanos, hindus e budistas. Cabe, contudo, registrar a particular e decisiva influência do cristianismo na condenação moral a diferentes drogas e o processo de criminalização que empreendeu na Europa e América entre os séculos XIII e XVII, conhecido como Inquisição.

A cruzada contra as bruxas mostrará que a perseguição pode multiplicar até ao infinito certo dano, real ou suposto. Numa Europa que rondava os três milhões de habitantes, os inquisidores católicos e protestantes conseguiram queimar vivas 500 mil pessoas do século XV ao XVII, e confiscar os bens de vários milhões mais (ESCOHOTADO, 2004, p.55).

No Antigo Testamento, a experiência da ebriedade não era condenada, sendo os relatos da embriaguez de Noé e Loth uma das passagens que confirmam tal disposição. Tal situação não fica restrita ao Antigo Testamento, pois é preciso lembrar que o primeiro milagre de Cristo foi, exatamente, a transformação da água em vinho. Noutras palavras: a condenação dos cristãos ao consumo de álcool não decorre dos ensinamentos de Jesus Cristo nem dos profetas que o antecederam.

Escohotado (2004) aponta-nos ainda que em sua origem o cristianismo utilizou-se do vinho de forma abundante e livre. A eucaristia cristã, que até hoje conserva o uso do vinho em seu rito, e a exemplo de outros rituais pagãos, exigia longos jejuns seguidos do consumo de uma boa taça de vinho. Essa prática foi posteriormente reservada apenas ao sacerdote, possibilitando aos seguidores da fé cristã manterem e alterarem o núcleo das religiões anteriores – que é comer e beber do Deus –, substituindo a experiência do transe provocado pelo consumo de substâncias psicoativas pela fé.

“Apesar de os sentidos não terem notado nenhuma diferença antes e depois de tragar a hóstia benzida, a fé consoma o milagre de conter Deus lá dentro, sob forma física.”(ESCOHOTADO, 2004, p. 38).O discípulo Paulo, soldado romano convertido, foi o arauto dessa reviravolta. Em suas cartas às primeiras comunidades cristãs,adverte os fiéis sobre o consumo de vinho e condenará a experiência da ebriedade, entendendo que a dor agrada a Deus.

Já os processos inquisitoriais registram, conforme aponta Escohotado (2004), a associação entre sexo, drogas e bruxaria. O sabat – antigo culto báquico de celebração da fertilidade e boa colheita –foi visto pela moral inquisitorial como manifestação da ação do Diabo, no qual unguentos e bebidas davam acesso à demoníaca experiência de prazer. O conflito entre moralidades que caracterizou a Inquisição foi a ponta visível de um embate cujas raízes não eram morais, mas sociais e econômicas (ESCOHOTADO, 2004). Esse autor afirma que a Inquisição pode ser lida como uma estratégia de controle social lançada pela nobreza e clero, cujo fito era deter a mobilidade da nova classe social: a burguesia.

Os elos entre cristianismo e proibição se mostraram novamente no século XIX, em 1830,no surgimento de um movimento religioso – o Movimento da Temperança, que pregava a abstinência total do álcool. Sobre esse agrupamento, Henrique Carneiro (2008) aponta que o mesmo se apropriava de uma noção platônica de virtude, a temperança, dando-lhe outro sentido, ou melhor, um significado oposto,uma vez que não propunha “uma justa medida”, mas a privação do consumo. O êxito desse movimento pode ser constatado no que se convencionou como o marco da proibição, a promulgação, em 1919, da Lei Seca nos Estados Unidos, revogada em 1933.

A proibição ou não do vinho e de outras drogas inscreve-se na história religiosa e cultural como um divisor de águas entre uma atitude dionisíaca e xamânica de uso controlado das forças do êxtase farmacológico e uma determinação sacerdotal em se apropriar ou abolir o direito social às plantas sagradas” (CARNEIRO, 2008, p. 75).

Vêm dos gregos, de acordo com Vargas (2001), algumas das noções e práticas relativas às drogas que ainda hoje nos são caras. A medicina hipocrática, ao conceber a doença e a cura como resultados de processos naturais, dissocia a primeira da magia e da religião. A escola hipocrática “nega a validade a qualquer cura baseada numa transferência simbólica do mal de alguém para outrem” (ESCOHOTADO, 2004, p. 23) e passa a adotar um *phármakon* adequado como recurso terapêutico.

“*Phármakon*” é o vocábulo com o qual os gregos nomeiam tanto os remédios quanto os venenos, que se diferenciam uns dos outros, apenas, pela dose. Teofrasto (II a.C.), discípulo de Aristóteles e autor do primeiro livro de botânica conhecido, afirma:

Ministra-se um dracma [*de datura metel*] se o paciente tiver que se animar e pensar bem de si mesmo; o dobro se tiver de delirar e sofrer alucinações; o triplo se tiver de ficar permanentemente louco; ministrar-se-á uma dose quádrupla se tiver de morrer (Hist. plant., IX, II, a.C., apud ESCOHOTADO, 2004, p.24)

Outro ensinamento grego diz respeito à percepção desse povo sobre a tolerância do organismo a certas substâncias, fato que percebia de modo positivo, ou seja, como um mecanismo de autoimunização.

Vargas (2001) destaca da teoria da escola hipocrática a importância atribuída à dieta na terapêutica e indica que, “mais que um regime alimentar”, refere-se a um estilo de vida que, por sua vez, é inseparável de um regime político e dos valores a este associado. Esse regime político “era constituído pela pólis, a cidade-estado grega que começou a surgir no século VII a.C. e perdurou, não sem modificações, até o século III d.C.” (VARGAS, 2001, p. 104). Eram comunidades morais, organizadas em torno das relações de contiguidade e em oposição aos povos que consideravam como bárbaros, pois estes viviam na e da natureza e se organizavam a partir dos laços de parentesco.

Um dos pontos de oposição entre bárbaros e civilizados, para gregos e romanos, além da linguagem, e novamente de acordo com Vargas (2001), era a alimentação, sendo o pão considerado como o principal símbolo de civilização. Distinção que assumiu, ao fim do império, novo sentido e novos elementos.

Séculos depois – nos diz esse autor – o bárbaro será substituído pelo plebeu, e o civilizado, pelo nobre; mudam-se, ainda, os elementos demarcadores da diferença social. É nesse contexto que, além da moda, dos costumes, das regras de etiqueta e dos objetos de uso

cotidiano, o consumo de drogas – as especiarias – passa a funcionar como elemento distintivo de classe social.

Vargas (2001) sustenta que o conceito “droga” deriva do encontro entre os europeus e seus “outros”. As cruzadas marcaram a retomada do contato entre a Europa e o Oriente e se propuseram a salvar o Santo Sepulcro de mãos pagãs, mas, além da “guerra santa”, possibilitaram ao Ocidente descobrir e adotar realizações da civilização árabe e o gosto pelas especiarias exóticas.

Ainda que brevemente, cumpre apontar o que nomeamos como percursos civilizatórios, ou antes, trazer a distinção estabelecida por Nobeit Elias (1994) entre os conceitos de civilização e cultura. Sobre o primeiro o autor nos diz ser um conceito pelo qual o Ocidente nos últimos séculos expressou sua superioridade em relação às sociedades mais antigas ou “primitivas”. Contudo, é preciso atentar para as diferenças de sentido no modo como o utilizam franceses, ingleses e alemães.

Para os primeiros [franceses e ingleses], o conceito resume em uma única palavra seu orgulho pela importância de suas nações para o progresso do Ocidente e da humanidade. Já no emprego que lhe é dado pelos alemães, *Zivilisation* significa algo de fato útil, mas, apesar disso, apenas um valor de segunda classe, compreendendo apenas a aparência externa de seres humanos, a superfície da existência humana. A palavra pela qual os alemães se interpretam, que mais do que qualquer outra expressa-lhes o orgulho em suas próprias realizações e no próprio ser, é *Kultur*. [...]o conceito de civilização[...]manifesta a autoconfiança e povos cujas fronteiras nacionais e identidade nacional foram tão plenamente estabelecidas, desde séculos, que deixaram de ser tema de qualquer discussão, povos que há muito se expandiram fora de suas fronteiras e colonizaram terras muito além delas (ELIAS, 1994, p. 24-25).

Quanto ao conceito de cultura ele nos diz que o conceito alemão de kultur

alude basicamente a fatos intelectuais, artísticos e religiosos e apresenta a tendência de traçar uma nítida linha divisória entre fatos deste tipo, por um lado, e fatos políticos e sociais, por outro. O conceito francês e inglês de civilização pode se referir a realizações, mas também a atitudes ou “comportamento” de pessoas [...] no conceito alemão de kultur, em contraste, a referência a “comportamento”, o valor que a pessoa tem em virtude de sua mera existência e conduta, sem absolutamente qualquer realização, é muito secundário. O sentido especificamente alemão do conceito de kultur encontra sua expressão mais clara em seu derivado, o adjetivo *kulturell*, que descreve o caráter o valor de determinados produtos humanos, e não o valor intrínseco da pessoa. (ELIAS, 1994, p. 24)

Nesse sentido, o que aqui buscamos apontar refere-se, tão somente, à inserção das substâncias psicoativas nos processos de trocas estabelecidas no encontro entre os “europeus e seus outros” (VARGAS, 2001); trocas que alteraram dietas e comportamentos, ao serem incorporadas pelos primeiros.

4.2 Oriente e Novo Mundo: exóticos sabores vêm temperar a mesa europeia

Já conhecidas pelos europeus anteriormente, as especiarias são— entre os séculos XI e XVII — objetos de expressivo consumo na Europa. Do período das cruzadas ao das grandes navegações e das Companhias Inglesa e Holandesa das Índias Orientais, esse hábito assumirá dimensão distinta do encontrado nas demais épocas, o que faz com que alguns autores se refiram a esse período como o da “loucura das especiarias”.

Fenômeno que funcionou como demarcador de distinção social, o consumo de especiarias era um hábito de classe, por meio do qual

tratava-se de incorporar as mudanças simbólicas de estilo de vida em curso entre os europeus abastados [...] de produzir substantivamente, no registro dos sentidos, os sentidos simbólicos registrados por essas substâncias de “aspecto” fascinante, num momento em que estavam em processo de desenvolvimento mudanças que afetavam, inclusive, o feitio dos europeus abastados (VARGAS, 2001, p. 121).

Além de demarcação social, esse hábito conduzia ao mundo dos sonhos, ao paraíso localizado em algum ponto do Oriente. E a busca pela terra das especiarias conectava-se aos sonhos e mitos sobre a existência de paraísos, como o do País de Cocanha, de Canela, o Eldorado e tantos outros que, apesar de não serem reais, levaram à descoberta do Novo Mundo: a América. Colombo e Cabral buscavam rotas alternativas para a Índia e seus sabores e acabaram aportando em terras desconhecidas. E, se buscavam os alimentos dos sonhos, não deixavam de levar “estranhas substâncias”. (VARGAS, 2008).

Não é sem sentido, portanto, a associação entre consumo de drogas e viagens, cujos significados, óbvio, transcendem sua dimensão concreta, mas não o descartam. E, ainda, revela outro sentido possível, qual seja: as drogas permitem a expansão ou a alteração da consciência e participaram da expansão do mundo conhecido e das trocas culturais.

O declínio das especiarias coincidiu com o acesso, pelos europeus, aos alimentos-droga: café, chá, chocolate e açúcar, que farão par ao vinho e à cerveja, já conhecidos e integrados à dieta dos povos daquele continente. E em torno de cada alimento-droga surgem novos hábitos e técnicas de preparo, como a destilação em alambiques, importada dos árabes.

4.3 Drogas que nutrem: os alimentos-droga

A Europa utiliza o açúcar extraído da cana – até no início do século XVIII, quando seu consumo se disseminará – de modo regrado na medicina e na culinária. A difusão desse alimento-droga articula-se ao interesse europeu por três bebidas exóticas: café, chá e chocolate. Bebidas estimulantes que não eram adoçadas em seus solos de origem. E o cultivo da cana-de-açúcar, por sua vez, é marcado pela utilização do trabalho escravo de africanos no Brasil e na América Central, produzindo um laço entre povos e culturas diferentes.

Pode-se dizer que a escravidão e o tráfico de negros africanos constituem o reverso da história do açúcar branco [...] o desterro de milhões de negros africanos foi uma consequência direta do sucesso da produção do açúcar no Brasil e nas Antilhas (VARGAS, 2001, p. 147).

Café, chá e chocolate produziram novos hábitos e dietas. O chocolate, oriundo da América e consumido inicialmente com pimenta, caiu no gosto popular quando o condimento picante foi substituído pelo açúcar, passando a ser consumido, em particular, na Espanha e Itália por católicos aristocratas. Já o café, usado a princípio como medicamento, ao popularizar-se como alimento-droga, teve seu consumo feito em estabelecimento comercial. Antes de entrar nas casas e participar do cotidiano doméstico, o consumo de café foi associado a um hábito burguês ligado aos negócios e/ou à cultura.

A ampliação do consumo de tais produtos, impossível de ser atendida pelo mundo árabe, levou à busca e constituição de novos mercados fornecedores, entre os quais se destaca o Brasil.

O chá era cultivado pelos chineses há quase 5000 mil anos e foi levado à Europa somente no século XVII. No século XVIII surgem na Inglaterra as *coffee houses*, locais públicos de consumo de café, que começam, dada a generalização do hábito de consumo de chá para todas as classes sociais, a servir mais chá que café.

O hábito muda o estatuto do chá, que passa da condição de “luxo indispensável” à de “necessidade vital indispensável”. (VARGAS, 2001). E como veremos mais adiante, foi a partir desse alimento-droga e do desinteresse dos chineses pelas manufaturas europeias que os ingleses descobriram uma nova moeda – o ópio –, com a qual inverteram o resultado da balança comercial e pela qual travaram e venceram duas guerras.

Antes, contudo, resta mencionar outro importante alimento-droga: o vinho, em torno do qual se constituíram civilizações. Entretanto, o mesmo, fora, anteriormente, civilizado, ou seja, sua produção decorre de um processo de conhecimento técnico de plantio e preparo das videiras, em que as uvas são transformadas pelo trabalho humano e dão origem ao alimento-droga.

A cultura do vinho, originária da Mesopotâmia – de sua parte oriental – e transmitida ao Mediterrâneo (especialmente aos gregos e romanos), onde ainda é mais consumido, opõe-se à cultura da cerveja. Guarinello (2008) informa que os primeiros registros sobre o cultivo da videira remontam há 4000 anos a.C. e foram encontrados na Ucrânia, Itália e Síria. No Irã foram localizadas as primeiras provas de sua fabricação, através da análise de resíduos químicos encontrados em recipientes arqueológicos, e no Egito e Iraque foram encontrados os primeiros registros escritos sobre o vinho.

Na Grécia a “domesticação da videira data de 2400 anos a.C. [...] os testemunhos mais antigos de consumo do vinho provêm de Creta”. (GUARINELLO, 2008, p. 190). Na Assíria – atual Iraque –, rituais de consumo se fixaram e foram, posteriormente, difundidos para o Mediterrâneo, como um hábito aristocrático.

Da realeza assíria, o hábito se difundiu pelo Mediterrâneo, sendo adotado pelas aristocracias guerreiras que dominavam as então nascentes cidades-estado, seguindo as rotas do comércio fenício e da colonização grega. O consumo de vinho e a prática de banquetes tornaram-se símbolo de prestígio aristocrático. Na Etrúria [atual região da Toscana], por exemplo, a elite importava riquíssimos recipientes para o vinho, como taças de ouro e prata, da Grécia e do Oriente, e conferia tanta importância ao ritual de seu consumo que ornava as paredes de suas sepulturas com cenas de banquete. O vinho passou, assim, a compor uma parte essencial da sociabilidade e do modo de vida das aristocracias do Mediterrâneo, e tornou-se uma presença constante na poesia lírica grega (GUARINELLO, 2008, p.191).

O banquete – ritual da aristocracia grega de consumo do vinho–

era uma reunião noturna de homens amigos. Após a refeição, o anfitrião, chamado “rei do vinho”, estabelecia a quantidade de água a ser misturada ao vinho (que nunca era bebido puro) e quantas taças cada conviva deveria beber (GUARINELLO, 2008, p. 191-192).

O rito de diluir o vinho em água constitui-se na Grécia em um demarcador da diferença entre as formas bárbara e civilizada de consumo. Henrique Carneiro (2010) afirma a esse respeito que

o consumo do vinho passa a ser regido por uma noção de mistura com água, o que constitui um modelo de dieta temperada, em oposição ao vinho puro, visto como destemperado e até mesmo perigoso. Os gregos estipularam uma gradação do consumo equilibrado e do excesso alcoólico (CARNEIRO, 2010, p. 27).

De bebida de deuses e aristocratas, o vinho e os modos de consumi-lo, aos poucos, tornam-se acessíveis e caem no gosto popular. Mais que uma bebida, é um “alimento essencial, **um fármaco e instrumento de sociabilidade**, fonte inigualável de prazer, mas também de vício, símbolo de status social, mas também de degradação moral”. (GUARINELLO, 2008, p. 193, [grifo nosso]). Nas cerimônias públicas romanas era um benefício concedido ou negado pelos governantes aos governados.

Além de funcionar como elemento que articulava o laço social, a produção do vinho se constituiu como importante atividade econômica dos povos mediterrâneos antigos e criou uma “civilização material”, expressa nos utensílios fabricados para seu preparo, consumo, transporte e conservação, o que fomentou a criação de uma cadeia produtiva e econômica mais ampla.

O ciclo econômico do vinho desdobrava-se numa variada gama de atividades paralelas, que incluía os ofícios de oleiros, marceneiros, bronzistas, pintores, mas também donos de embarcações e seus tripulantes, estivadores nos portos, atacadistas e retalhistas. Durante séculos o vinho foi assim, ao lado do trigo, um dos motores fundamentais da economia antiga (GUARINELLO, 2008, p. 194).

Como já apontado anteriormente, muitas das substâncias psicoativas, inclusive o vinho, eram utilizadas em rituais religiosos. Adotado pelas religiões pagãs ou politeístas e pelas monoteístas, como o cristianismo, o vinho, contudo, e diferentemente das demais, possui uma divindade e culto próprios entre gregos e latinos. Dionísio, para os gregos, e Baco, para os romanos, “é o único deus olímpico que nasce duas vezes e depois morre e ressuscita”. (CARNEIRO, 2010, p. 22). Filho de Zeus (ou Jove) com uma mortal, Sêmele (fulminada ao tentar vislumbrar o deus em seu esplendor), Dionísio é implantado na perna de seu pai, renasce e é novamente – por desejo de Hera, esposa enciumada de Zeus – morto, para voltar a renascer entre os homens e, especialmente, entre as mulheres no culto bacante.

Fazendo par com a deusa Deméter (ou Ceres) – a Terra, deusa dos cereais –, Dionísio representa a

vindima e a colheita e, portanto, a sucessão dos ciclos e das estações e das técnicas humanas de sobrevivência [...] juntos e mais a azeitona e seu azeite constituem a trindade alimentar mediterrânea, por excelência: vinho, pão e azeite, e, não por acaso, apropriadas pelo cristianismo vieram a se tornar as três substâncias mais sagradas, representando a encarnação da própria divindade e a unção das sagrações (CARNEIRO, 2010, p. 26).

Dionísio é também nômade, “vaga pelo mundo como eterno estrangeiro”, epidêmico e epifânico. E, como o vinho, também teria origem oriental.

[...] nas culturas da Ásia Menor e adjacências, como os trácios e os frígios, ou, na ainda mais distante Índia védica, onde ele se confundiria com a divindade Shiva. No Egito também podem ser encontrados vestígios muito antigos da produção do vinho, e a figura de Osíris partilha atributos dionisíacos (CARNEIRO, 2010, p. 24).

4.4 Álcool: combustível da Revolução Industrial?

Bebidas alcoólicas destiladas, como gim, cachaça e rum, surgiram no século XV, foram consideradas, como as especiarias, objetos de luxo durante o século XVI e caíram no gosto popular nos séculos seguintes. Eram obtidas através do processo de destilação, o qual requer o uso do alambique (contribuição da cultura árabe ao mundo ocidental no período das Cruzadas). Este, utilizado, inicialmente, por alquimistas e boticários na produção de fármacos, possibilitará a produção das novas bebidas, alterando os modos de embriaguez.

Comparado ao funcionamento do corpo humano, o alambique proporciona a produção de essências puras, como a aguardente, considerada a mais pura das quinta-essências, pois aquece e seca os humores frios e úmidos, “penetrando o corpo como um éter”. (CARNEIRO, 2010, p. 131).

A disseminação das bebidas alcoólicas e não alcoólicas ocorre na mesma época e as causas do sucesso de cada uma delas têm motivações opostas. As não alcoólicas – chá, café e chocolate – produzem sobriedade e são adotadas pela burguesia, já as alcoólicas levam a novas formas de embriaguez e são utilizadas com maior entusiasmo pelo proletariado.

Enquanto as bebidas quentes, leves, estimulantes e não alcoólicas se coadunam com os ditames do capitalismo emergente e seus reclamos por sobriedade, racionalidade e disciplina no trabalho, o tabaco e as bebidas alcoólicas destiladas, ao entorpecerem seus consumidores, tornam mais suportáveis a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida que se abatem sobre os mais pobres. Enquanto isso, o açúcar, rico em calorias, além de fornecer energia indispensável para o trabalho, torna doce tudo aquilo com que ele se mistura (VARGAS, 2001, p.165).

A íntima relação entre a Revolução Industrial e o consumo de álcool leva alguns autores a afirmar ser este o verdadeiro filho dessa revolução. A epidemia do gim, ocorrida no século XVIII, na Inglaterra, ilustra as conexões existentes entre tal revolução e a necessidade de um tóxico (alcoólico) poderoso e barato. As massas de camponeses expulsos de suas terras e confrontados com duras e diferentes exigências – impostas pelo espaço urbano e pelo novo modo de produção – encontraram no beber solitário – invenção da era industrial – um consolo, ainda que momentâneo. Nota-se, então, o laço entre o consumo de uma substância e

a relação com o tempo imposta pelo modo de produção capitalista. A mudança na relação com o tempo, que se torna mais rápido, veloz, mas, sobretudo, monetariamente medido – “*Time is money*”, canta o capitalismo –, articula-se aos efeitos produzidos pelo álcool, substância bem-ajustada ao capital, cujos efeitos são maximizados e o consumo acelerado. A contemporaneidade reafirmará essa verdade no laço com a droga da época: o *crack*, ainda mais veloz e intenso, como pedem os dias atuais.

O modo de consumo não se torna apenas massivo, mas também solitário, ou seja, diferentemente de outras épocas e civilizações, em que beber era um hábito coletivo, uma maneira de sociabilidade. No Ocidente, após a Revolução Industrial, esse hábito conhece um novo modo: o consumo solitário. Este se manterá no século seguinte e abrangerá outras substâncias.

A conjunção de um fenômeno objetivo e inédito de grande expansão na fabricação e distribuição de bebidas destiladas criou um tipo de embriaguez em massa que passou a ser denunciada e combatida por uma dupla campanha: a dos clérigos que censuravam moralmente o excesso e a dos empregadores que culpavam as bebidas pela baixa produtividade dos trabalhadores (CARNEIRO, 2010, p. 196).

A proibição ao consumo, produção e comércio do álcool serviu de modelo e base, após sua legalização, à interdição de outras substâncias, agora extensiva ao mundo pela sustentação de um pacto internacional cooperativo e compulsório, expressão que fundamenta a política proibicionista. Voltaremos a esse ponto mais adiante.

4.5 O tabaco e sua fumaça azul

E, por fim, resta mencionar o tabaco. Sem configurar-se como um alimento-droga, mas sendo uma das substâncias psicoativas oriundas do Novo Mundo, o tabaco foi levado por Colombo à Europa e, nos séculos XVI e XVII, invadiu o mundo.

A disseminação de seu consumo, contudo, esteve acompanhada de várias tentativas de restrição do uso, as quais não lograram êxito. Hábito reservado aos homens durante vários séculos, em torno do qual se constituíram lugares, momentos e trajés específicos para seu consumo. Na Inglaterra os homens o fumavam nas *middle class*, após o almoço e usando *smoking*. Foi o tabaco a primeira substância a ensejar tentativas de proibição legal e integral de que se tem notícia.

Com exceção do vinho, todas as substâncias, sejam os alimentos-droga ou as especiarias e psicoativos, como o tabaco, conquistaram o Ocidente pelas rotas que ligavam a Europa ao Oriente e ao Novo Mundo e seu

consumo ganhou o mundo ocidental, chegando mesmo a ultrapassar suas fronteiras. Em todos os casos, trata-se de raridades, de luxúrias exóticas introduzidas na dieta de nobres e burgueses que foram-se(sic) tornando, paulatinamente, itens de consumo de massa, necessidades rotineiras na dieta de segmentos cada vez mais amplos da população (VARGAS, 2001, p. 164).

Às razões práticas é necessário acrescentar a constante busca do prazer físico e a evitação da dor que conformam a subjetividade ocidental.

4.6 Farmácia, botânica e medicina: constituição de novos campos de saber e nascimento de uma indústria

Há uma mudança de inscrição simbólica das substâncias psicoativas, que migram do campo mágico-religioso (no qual eram utilizadas em rituais religiosos e manipuladas por xamãs, bruxas, feiticeiros e droguistas) para a condição de matéria-prima, da qual se extraem princípios ativos que compõem os produtos das novas ciências: medicina, farmácia e botânica. As substâncias psicoativas, as drogas, constituem, então, o objeto da revolução farmacêutica.

Carneiro (2002) investiga os herbários espanhóis, franceses e portugueses entre os séculos XVI ao XVIII e constrói uma “história moral da farmácia”, ou seja, faz a análise dos critérios morais por meio dos quais o Ocidente regulamentou e controlou o uso de plantas no Oriente, no Novo Mundo e na Europa. Os herbários são um

gênero editorial que testemunha o nascimento de duas ciências inextricavelmente ligadas no século XVI: a botânica e a farmácia, ambas constituindo a matéria médica, ou seja, a farmacopeia da medicina seiscentista (CARNEIRO, 2002, p. 13).

Os herboristas eram quase todos médicos, ou seja, especialistas em envenenamento e em antídotos (triacas), que, resgatando as contribuições gregas e romanas, em particular as das obras de Aristóteles, Teofrasto, Dioscórides, Galeno e Plínio, recolheram informações sobre as plantas existentes em todo o mundo, de cuja sistematização – concluída no século XVIII – nascerá a botânica moderna, como uma

confluência de um saber clássico recuperado com a coleta empírica e cosmográfica de novas plantas em todos os continentes, o que alimentou uma vasta atividade naturalista viajante e atingiu um auge com as expedições de Banks e dos alunos de Lineu, enviados, no século XVII, por todo o globo em busca de plantas. As viagens somavam-se à prática descritiva que incluía nos herbários novas plantas e novos costumes (CARNEIRO, 2002, p. 33).

Também no século XVI, Paracelso, médico e alquimista, inaugurará a farmacologia, à qual “assimila não só as práticas clássicas, mas também os achados dos feiticeiros da Idade Média” (ESCOHOTADO, 2004, p. 61) e à qual associará terapêutica e química. Em sua perspectiva, a doença será compreendida não mais como um desequilíbrio dos humores, mas como entidades que atacam, de fora, o corpo e deveriam ser tratadas com substâncias químicas.

E estas, as substâncias, se dividiam em *essentia*, as que exercem influência positiva sobre o corpo, e *venena*, as com efeitos negativos. A diferença entre uma e outra, ponto no qual segue a escola hipocrática, é dada pela dose. Paracelso foi responsável ainda pela reintrodução do uso de ópio na prática médica e o inventor do láudano, uma solução hidroalcoólica de ópio usada como analgésico.

Importante ressaltar que nem só de plantas e substâncias psicoativas se constituía a farmácia nesse momento. Entre os séculos XVI e XVIII, em toda a Europa, a prática da medicina incluía e utilizava excrementos, pedras preciosas, carne humana, minerais como o mercúrio e o antimônio e triacas como recursos medicamentosos, ao lado das orações, confissões e sangrias.

Tais crenças na virtude terapêutica dos excrementos são muito antigas. [...]a literatura etnológica e etnográfica registra inúmeros exemplos do uso etnofarmacológico de excrementos e urina. Mas, além dos excrementos, é na verdade o conjunto dos corpos de animais e seres humanos que se constitui como drogas (CARNEIRO, 2002, p. 47-48).

O esforço de sistematização do conhecimento empreendido pelos herboristas desde o século XVI culminou no século XVIII na constituição da botânica moderna e sua taxonomia vegetal.

Da botânica a classificação estende-se pelo resto do universo [...] a vocação classificatória é uma espécie de fase necessária de toda ciência que, antes de teorizar gênese e estrutura, necessita compilar o conjunto de objetos com que irá trabalhar para definir seu espaço disciplinar (CARNEIRO, 2002, p. 76).

O nascimento da clínica, que se deu na passagem do século XVIII para o XIX, aponta Foucault (2004),decorre da junção da anatomia patológica com a anatomia clínica. As dissecações e vivisseccões de corpos humanos – praticadas desde o século XV por Versallius e outros –“permitia[m] conhecer a geografia dos corpos mortos, e estabelecer as localizações das doenças destacando as lesões tissulares”.(VARGAS, 2001,p. 169).A anatomia patológica

revolucionou a prática clínica quando elas se associaram, pois houve uma mudança na percepção da doença e nos modos de abordagem e tratamento. Há, sobretudo, uma alteração no locus do tratamento, o local de encontro do médico com o doente: o hospital ganha nova significação. Antes um morredouro, esse espaço passa à condição de lugar para a prática médica, de tratamento e cura, constituindo-se ainda como o locus da formação e transmissão do saber médico. A mudança no campo terapêutico, contudo, advirá no século seguinte e em decorrência de dois fatores: a descoberta da assepsia e da higiene e a química de síntese.

A introdução das drogas de uso terapêutico revolucionou a clínica e a relação do homem com seu corpo, sua dor e doença. Revolução esta que o século XX potencializará.

Do julgamento sobre as drogas indígenas da América e do Oriente ao estabelecimento de um sistema classificatório [...] o papel moral da botânica e da farmácia se ampliou e chega, hoje em dia, junto com a medicina, a atribuir-se o papel de dispensadora das moléculas e justificadora dos controles e das proibições morais sobre a química farmacêutica psicotrópica (CARNEIRO, 2002, p. 39).

Desde o Renascimento, como vimos acima, a prática da medicina já inclui o recurso da terapia química. Contudo, foi no século XIX que se alcançou a produção de “substâncias puras” de origem mineral, vegetal ou animal. O iodo, a morfina e a insulina foram sintetizados pela química e incluídos na prática clínica, inaugurando uma “nova era na terapia com drogas”.

As drogas deixaram de ser vegetais mais ou menos mágicos, ligados a ritos e sacramentos. Os seus princípios – quase sempre compostos alcalinos ou alcaloides, formados basicamente por carbono, hidrogênio e nitrogênio – foram compreendidos nos elementos nucleares da substância orgânica – sem dúvida não menos maravilhosos, mas livre da ênfase mística. [...] o primeiro grande fármaco do século XIX foi a morfina, um dos alcaloides do ópio, considerada de imediato como o mais notável medicamento descoberto pelo homem (ESCOHOTADO, 2004, p. 84-85).

Sedativos, analgésicos, anestésicos, antibióticos, antipsicóticos, ansiolíticos, antidepressivos foram descobertos e introduzidos na prática médica, sendo as substâncias que alteram a experiência da dor as que produziram maior e mais profundo impacto. A título de exemplo, cabe registrar a transformação gerada pela introdução dos analgésicos nas intervenções cirúrgicas, tornadas possíveis devido à ação daqueles sobre a experiência da dor. Contudo, é preciso registrar que tal introdução não assegurou, de imediato, o êxito dos procedimentos cirúrgicos e foi preciso “descobrir” e ajustar doses, conhecer os efeitos nocivos e, sobretudo, entender a necessidade de um ambiente asséptico para o sucesso das cirurgias e a sobrevivência dos pacientes.

Os efeitos colaterais dos fármacos foram percebidos desde a sua introdução, contudo a preocupação relativa à ocorrência de tais efeitos não se deu desde o início. E os procedimentos hoje existentes de teste e ensaios clínicos não conseguem contornar e assegurar todos os efeitos adversos de uma nova droga, tanto em razão das limitações qualitativas e quantitativas sob as quais esses testes são realizados (o que faz com que suas possíveis consequências positivas e negativas permaneçam em grande medida desconhecidas) quanto em consequência dos interesses da indústria farmacêutica.

No século XX, especialmente a partir da década de 1940, ampliou-se a produção de drogas, contabilizando milhares de novos fármacos. Desde então, a indústria farmacêutica produz e “oferta” substâncias que intervêm sobre a dor física, bem como sobre a psíquica; age sobre a libido e a nutrição; combate micróbios, bactérias; e elimina os males que o corpo gera. O século XX experimentou uma “invasão terapêutica”, para usar uma expressão de Vargas (2001).

E “nesse processo de medicalização geral dos corpos e da vida, as drogas [puras e eficazes] ocupam uma posição medular” (VARGAS, 2001, p. 185), entretanto é preciso lembrar que elas não deixam – por serem “puras e eficazes” – de produzir efeitos negativos ou colaterais, ou ainda de serem usadas de modo não medicamentoso.

No quadro dos efeitos adversos das drogas puras e eficazes, Vargas (2001) registra, entre outros, a epidemia de mortes, nos Estados Unidos, ocorrida após a introdução da sulfalamida, por exemplo. Acima de tudo, importa destacar que a transmutação química das drogas – que passam da condição de plantas mágicas para a de produtos da ciência ou drogas puras e eficazes – possibilitou a consolidação do saber e da prática médica e contribuiu, na parceria com o campo e saber jurídicos, para a produção da clivagem entre lícito e ilícito no conjunto das substâncias.

É preciso, pois, não perder de vista que a partilha moral entre “drogas de uso lícito” e “drogas de uso ilícito” é contemporânea da “invasão farmacêutica”, tendo sido num mesmo movimento que se incrementou o desenvolvimento de “fármacos” e que se penalizou o emprego das demais “drogas”. Por isso é preciso se precaver contra a naturalização da distinção entre “drogas” e “fármacos” (pois os “fármacos” também são, todos eles, “drogas”). [...] a expansão contemporânea do uso de “drogas” [coincide] com a expansão do processo de medicalização dos corpos e da vida [...] tal processo se articula duplamente com o fenômeno das “drogas”, seja na medida em que, ao desencadear uma impressionante “invasão farmacêutica”, ele tanto se apropria de substâncias já conhecidas, quanto cria novas substâncias, a partir de então, chamadas “drogas”, incentivando e prescrevendo seu consumo desde que este se dê conforme as normas médicas e seja tido como instrumento de cura [...] seja, ainda, que, estendendo-se aos usos não medicamentosos de “drogas” mediante a generalização de imagens apocalípticas e a constituição de todo um apanágio terrorífico de corpos deformados e despedaçados, os saberes e as práticas médicas são peça

fundamental na conversão de praticamente todos esses usos não medicamentosos em usos doentes, em modalidades anormais ou patológicas de consumo de “drogas”, as quais, se não forem prevenidas pelas campanhas educacionais, deverão ser devidamente sanadas pelos cuidados médicos oferecidos pelas casas de recuperação de “viciados”(VARGAS, 2001, p. 210).

Decisivos para a consolidação do “problema drogas”, ou para a clivagem entre modos de uso e substâncias lícitas e ilícitas, os saberes médico e jurídico fazem par com discursos morais, religiosos, policiais e políticos e são, hoje, os representantes autorizados para tratar da questão. Contudo, é preciso não perder de vista que tal delegação e legitimação é uma construção social historicamente datada que se consolidou ao longo do século XX.

O percurso histórico de significados e modos de uso das substâncias que provocam alterações da percepção lança luz sobre questões que parecem “naturais”, quando são, na verdade, fruto de embates no campo da cultura e da política, os quais definiram seu destino e modo de inscrição.

O controle e regulamentação do uso de drogas foi parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, período em que se cristaliza no Ocidente quais são os usos legítimos (pois baseados na ciência médica ocidental) e quais são ilegítimos (práticas tradicionais ou que escapassem, de algum modo, aos cânones médicos). Quando o Estado entra nesse debate, a fixação de leis define o “cientificamente legítimo” como legal e o “cientificamente ilegítimo” como ilegal (RODRIGUES, 2008, p. 97).

A partilha das drogas, a restrição dos sentidos e a criminalização das condutas relativas a elas têm nos saberes médicos sua fonte de legitimação. A perigosa aliança entre tratamento e moral, como aponta Escohotado, conforma-se numa política: a proibição.

Essa restrição de sentido, por sua vez, é inseparável de um duplo processo de criminalização e de medicalização (do uso) das drogas: foi na esfera das decisões jurídicas que tal restrição se institucionalizou, mas foi na esfera dos saberes e das práticas médicas que se procurou fundamentar tal restrição juridicamente institucionalizada(VARGAS, 2001, p. 205).

E mais: a criminalização do uso de determinadas substâncias, processo para o qual os saberes e práticas médicas contribuem, dá-se no mesmo momento da descoberta dos fármacos cientificamente produzidos. Isso significa que a criminalização de algumas substâncias é contemporânea à invasão farmacêutica e ao processo de medicalização da vida. Michel Foucault (2012, p. 144), em sua análise sobre a constituição do biopoder afirma: “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica”.

Passemos à recente história da proibição.

4.7 A internacionalização do controle: o percurso político da criminalização das condutas relativas às drogas

Crack invade salas de aula em BH. Droga forma exército de traficantes e aumenta índices de criminalidade. Subproduto da cocaína, é geralmente fumado em cachimbo caseiro. O efeito da pedra chega rápido ao cérebro. A droga super excita (sic) os impulsos nervosos e dá ao viciado uma sensação de euforia. Em pouco tempo a pessoa pode ser levada à morte por hemorragia cerebral, convulsão e infarto do miocárdio. *Crack* cria “super-homens”. Antes limitada à área central, população de rua se multiplica por toda a capital, transformando-se em desafio inflacionado pelo *crack*. As pedras são a ameaça do momento (BRUCK, 2013, p. 186-187).

Analisando a cobertura jornalística realizada pelo maior periódico mineiro, o jornal O Estado de Minas, sobre o fenômeno do *crack*, no período compreendido entre os anos de 1996 e 2011, Mozahir Salomão Bruck (2013) extrai das matérias veiculadas alguns excertos, julgados como os de maior relevância, para, por meio deles, analisar a cobertura jornalística dispensada ao tema, bem como as representações construídas e difundidas pela imprensa sobre o assunto.²

Carl Hart (2014), neurocientista e pesquisador da questão, registra em seu livro intitulado *Um preço muito alto* que, nos anos 1980, a imprensa estadunidense adotava discursos e referências semelhantes, senão idênticos aos adotados pela imprensa mineira ao final do século XX e início do século XXI. Assim, à semelhança das chamadas citadas acima, encontramos nesse autor a seguinte afirmativa:

Constantemente via nos jornais e na televisão matérias sobre a “epidemia do *crack*” destruindo tudo ao redor. Pelo noticiário, parecia que a matança sem sentido se generalizava, impossível de ser contida. Em 1986, as revistas *Time* e *Newsweek* publicaram, cada uma, cinco matérias de capa sobre o *crack*. Só nesse ano, os meios de comunicação nacionais saíram com mais de mil reportagens sobre o “flagelo”(HART, 2014, p. 183).

O *crack* e sua notoriedade midiática demandaram e ensejaram a adoção de respostas públicas que, ao serem vistas de perto, revelam os traços da política traçada e implantada no curso do século XX: a guerra contra as drogas, compromisso firmado entre as nações do mundo e que orienta as políticas de drogas da maioria das nações nos dias atuais.

² Recortamos da seleção feita pelo autor alguns excertos, e a totalidade destes pode ser encontrada no artigo “*Crack* na imprensa: imaginários e modos de representação do jornalismo sobre o surgimento e a explosão da droga em Belo Horizonte”, disponível em: <<http://bjr.sbpjor.org.br/bjr/article/view/513>>.

O percurso que culmina na proposição dessa estratégia inicia-se em fins do século XIX e ganha força ao longo do século XX, inscrevendo nesse contexto o “consenso moral”, ou seja, a proibição como pauta diplomática e objeto de tratados e convenções internacionais.

Recolher desse percurso o modo como se enunciou a questão da droga e a política desenhada por esse discurso é o que empreenderemos. Mais adiante e para elucidar os efeitos sensíveis da política, apresentaremos a análise feita por Del Olmo (1990) sobre os estereótipos construídos pelas políticas de drogas entre as décadas de 1950 e 1980. Esses estereótipos nos informam sobre a concepção das políticas ao mesmo tempo em que forjam uma percepção social sobre a “questão droga”.

4.8 Das guerras do ópio à “war on drugs”

O proibicionismo ou “consenso moral”, como o define Eduardo Vargas (2006), não é autoevidente.

Não obstante sua força atual, e embora retire boa parte de sua energia precisamente do expediente que o faz passar por um dado estabelecido, esse consenso moral não é, entretanto, autoevidente. Prova disso é que a ênfase repressiva das políticas antidrogas atualmente em vigor contrasta nitidamente com a leniência das que vigoravam há pouco mais de um século, quando praticamente nenhuma droga, de uso medicamentoso ou não, estava sujeita à criminalização (VARGAS, 2006, p. 2).

A inscrição de um conjunto de substâncias psicoativas no campo das práticas ilícitas ou delituosas registra a “questão droga” como um problema de ordem jurídica, social e sanitária e é um fato recente na história humana. Ao longo de sua trajetória, a humanidade regulou essa relação por meio de mecanismos distintos das prescrições oriundas do direito penal, ou seja, o laço dos homens com as substâncias psicoativas – imemorial e constante – encontrou medidas diferentes da condenação legal. Mas, ao final do século XIX e por razões opostas às que hoje fundamentam essa política, a proibição a uma substância – o ópio – colocou em litígio duas nações: China e Inglaterra.

Os chineses, que até o final do século XVIII consumiam ópio em medida igual aos europeus, enfrentaram, no século XIX, o aumento do consumo dessa substância, decorrente, sobretudo, da mudança do modo de consumi-la, passando da mastigação do ópio ao hábito de fumá-lo em cachimbos.

Importante moeda nas relações comerciais estabelecidas entre europeus, particularmente ingleses, e chineses, o ópio, oriundo da Índia, pagava as aquisições de seda, chá, porcelana e outros itens adquiridos pelos ingleses. Únicos produtores de chá, os chineses não demonstravam interesse pelos produtos europeus além da prata e do ouro, fato que impôs aos britânicos pesadas perdas monetárias. O ópio foi a moeda que inverteu os resultados da balança comercial inglesa, possibilitando a obtenção de lucros.

O comércio do ópio derivava do fato de as manufaturas europeias não terem procura na Ásia [...] e ao chegarem os portugueses com carregamentos de grande qualidade, capazes de competir com o produto local, não foram poucos os comerciantes chineses que aceitaram este suco de dormideira como se fosse ouro ou prata: grama a grama tinha o dobro ou mais de atividade (ESCOHOTADO, 2004, p. 77-78).

Trazendo da Índia tão valiosa moeda, produzida sob seu controle naquela colônia, a Inglaterra começa a pagar com ela suas importações, fazendo pender, a seu favor, o peso da balança comercial. A resposta chinesa – a proibição do comércio e do consumo – gera efeito contrário ao esperado, ou seja, não reduz o tráfico nem o consumo, mas acaba por provocar as Guerras do Ópio, vencidas pela Inglaterra, que, como afirma Vargas (2001, p. 198), “em nome do *free trade* [continuava] a insistir na venda de ópio para os chineses”.

A Primeira Guerra do Ópio, ocorrida em 1839, aponta-nos Nilo Batista (1988, p. 78), foi

uma guerra em favor do ópio, em favor dos comerciantes ingleses que levavam o ópio da Índia para a China, como etapa de um circuito comercial tríplice. O conflito opunha de um lado a decisão do imperador chinês de interromper e proibir o comércio e o uso do ópio, e de outro, segundo Del Olmo (1990, p. 62 citada por BATISTA, 1998, p. 78), os enormes investimentos ingleses na produção e distribuição da droga e o papel crucial representado pelos rendimentos do ópio na estratégia da balança de pagamentos internacional da Inglaterra.

Derrotada, a China é condenada a pagar pesadas indenizações e a manter abertos seus portos à importação de ópio, que, paradoxalmente e “por expresso desejo inglês” (ESCOHOTADO, 2004, p. 80), continua proibido. O contrabando se eleva e, 13 anos mais tarde, eclode a Segunda Guerra do Ópio, motivada pela recusa chinesa em pagar as indenizações previstas.

Duas guerras, portanto, em favor do tráfico de drogas. Em ambas, a China foi derrotada. A situação somente foi revertida quando

a derrotada imperatriz Tseu-hi, reconhecida opiômana, assesta um duro golpe à East India Co., legalizando a importação e o consumo (a troco de uma taxa de 5%), e o seu sucessor no trono consuma a catástrofe para a Companhia, quando decide tornar a cultivar a dormideira no sudoeste, pôr em ação programas de desintoxicação para quem deseja acabar com a sua habituação. [...] Curiosamente, só então o Parlamento inglês declara que o tráfico do ópio em grande escala é uma empresa moralmente injustificável” (ESCOHOTADO, 2004, p. 80-81).

Dois dados sobre esse período chamam a atenção e referem-se às consequências da proibição ao consumo de ópio: 1) a explosão do tráfico, que alcança – enquanto se manteve a interdição – a cifra de 2.000 toneladas, e a ausência de impacto sobre o consumo, que não diminuiu; 2) a legalização não produziu aumento no consumo. (ESCOHOTADO, 2004, p. 81).

A evolução da perspectiva proibicionista alia-se ao crescente domínio dos EUA sobre o mundo e, já em 1909, alcança seu primeiro êxito: a Conferência de Xangai, da qual participaram 12 países (Estados Unidos, China, Grã-Bretanha, França, Alemanha, Itália, Países Baixos, Portugal, Áustria-Hungria, Japão, Sião e Pérsia) e que teve por objetivo discutir e definir limites à produção e ao comércio do ópio e seus derivados. As preocupações que motivaram tal encontro não se restringiam ao campo moral, apesar de os Estados Unidos se verem “às voltas com o crescente consumo de ópio”. (VARGAS, p. 199, 2001).

China e Estados Unidos, aliados na luta pela proibição ao ópio, viviam difíceis relações comerciais e ambos se opunham aos interesses dos países europeus. Estes, por sua vez, acabaram aceitando, formalmente, as limitações impostas ao uso, restrito apenas a fins terapêuticos ou médicos. Pesava, na posição adotada pelos europeus, a pressão exercida pela nascente indústria farmacêutica.

Essa conferência não produziu nenhuma normativa internacional, mas suas conclusões serviram de base para a primeira convenção multilateral sobre o tema, realizada três anos depois, e inaugurou a prática de realização de encontros internacionais sobre drogas, esboçando um sistema mundial de controle das substâncias. Muito embora os resultados da Conferência de Xangai não tenham atendido aos interesses dos Estados Unidos, esse encontro teve importância na construção da liderança futura que esse país exerce sobre essa política de controle no mundo. Outra marca relevante desse evento diz respeito à introdução do conceito de “uso legítimo”, cuja aferição passou a ser dada pelo discurso e prática médica.

A percepção sobre as drogas, a qual começa a se alterar, sustenta-se, de acordo com Escotado (2004, p. 92), em dois fatores:

1) a vigorosa reação puritana nos Estados Unidos, que vê com desconfiança as massas de novos inimigos e as grandes urbes. As diferentes drogas associam-se agora a grupos definidos por classe social, religião ou raça [...] o alarme sobre o ópio coincide com a corrupção infantil atribuída aos chineses, o anátema da cocaína com ultrajes sexuais dos negros, a condenação da marijuana com a irrupção de mexicanos, e o propósito de abolir o álcool com imoralidades de judeus e irlandeses. Todos estes grupos representam o infiel, e todos se caracterizam por uma inferioridade tanto moral como econômica. 2) a progressiva liquidação do estado (sic) mínimo, e o recurso a crescentes burocracias como resposta às

explosivas relações entre capital e trabalho, processo em que o estamento terapêutico irá assumindo pouco a pouco as competências atribuídas ao eclesiástico noutros tempos.

E o que era um movimento “doméstico”, de caráter moral, alcança a dimensão política de âmbito internacional e, ainda que não tenha caráter impositivo, como assumirá nas décadas seguintes, já traz as características iniciais do proibicionismo, quais sejam: “a defesa do uso legal sob estrito controle para uso médico, e a ilegalidade para qualquer outra forma de uso (recreativos, hedonistas, etc.)”. (RODRIGUES, 2008, p. 93). Eis o ponto de virada que a Conferência de Xangai demarca na história das drogas e sua criminalização.

À Conferência de Xangai sucederam as Convenções do Ópio de Haia nos anos de 1912, 1913 e 1914.

A Convenção do Ópio de 1912 foi “o primeiro instrumento internacional *strictosensu* de controle de drogas, no qual os países signatários concordaram com a imposição de um sistema de controle internacional sobre drogas ilícitas”. (BOITEUX et al, 2009, p. 25). O documento firmado nesse encontro estendeu, pela primeira vez, a proibição à cocaína, além do ópio e seus derivados (a morfina), e restringiu o uso dessas substâncias à aplicação médico-científica. As convenções seguintes, de 1913 e 1914, seguem a mesma perspectiva, ou seja, reforçam e ampliam o controle sobre as drogas e inserem a *cannabissativa* no rol da proscrição.

Chama a atenção e é reveladora da face sempre oculta da droga (a dimensão econômica) a ampliação do rol de substâncias proscritas. Essa estratégia política foi adotada pela Inglaterra, que buscava deslocar a ênfase da discussão sobre o ópio para os alcaloides industrializados, especificamente para a morfina e a cocaína, colocando na linha de fogo a Alemanha e sua indústria farmacêutica – maior exportadora mundial dessas substâncias.

Com as pré-condições, a Inglaterra pôde virar a mesa – quem estava sendo acusado agora era o maior exportador mundial de morfina e cocaína, o império alemão, e se a Alemanha se recusasse a participar para não prejudicar seus interesses econômicos [...] ela é que se tornaria o bode expiatório, e o problema teria sido transferido. Se, por outro lado, as potências concordassem com a proposta inglesa, então estaria feito: o assunto importante seriam os alcaloides industrializados, muito mais que o ópio, e o estigma atrelado ao ópio e à Inglaterra teria de ser dividido entre as nações industrializadas, assim como entre as substâncias em estado bruto e industrializadas (SCHEERER, 1993, p. 176).

Em 1914, três dias antes da eclosão da Primeira Grande Guerra Mundial, a Convenção de Haia propôs a todas as nações “controlar a preparação e distribuição de ópio, morfina e cocaína”. (ESCOHOTADO, 2004, p. 96). Nos EUA, nesse mesmo ano, o uso do tabaco foi proibido em 28 estados e o do álcool caminhava rumo à proibição. A Lei Seca se aproximava.

Aprovada em 1919 e revogada em 1933, quando já havia produzido um expressivo contingente de mortes—“cerca de 30 mil pessoas mortas por ingestão de álcool metílico e outros destilados venenosos, e umas cem mil com lesões permanentes como cegueira ou paralisia”(ESCOHOTADO, 2004, p. 100)— e criado as condições para existência do tráfico, essa lei teve como êxito fazer valer, em face de seu evidente fracasso, a ideia da proibição como solução para a regulação social das drogas.

Assim como hoje, a proibição não diminuiu o consumo e, até ser revogada em 1933, a Lei Seca foi responsável pelo fortalecimento do crime nos EUA, bem como expôs a sua população ao consumo de bebidas muito mais nocivas à saúde (ZACCONE, 2011, p. 84).

A Conferência de Genebra, em 1925, criou o sistema de monitoramento de drogas, ficando os países obrigados a informar a *Permanent Central Opium Board* as estatísticas anuais de produção, consumo e fabrico das substâncias. Escotado (2004) afirma que essa convenção buscou estabelecer limites para a produção de ópio e não apenas para seus derivados, restringindo ainda a produção de coca em cada zona do planeta. É importante ressaltar que os Estados Unidos, frente ao fracasso de sua proposta de estabelecer limites para a produção de ópio cru e coca em todo o mundo, abandonam a conferência, que, entre outras resoluções, delibera pela criação de um organismo consultivo internacional “para vigiar o mercado de drogas” (ESCOHOTADO, 2004, p. 107); pela inclusão do haxixe e do cânhamo na lista; e pela não exportação de drogas para os países onde elas estivessem proibidas, caso dos Estados Unidos.

Outra alteração produzida por essa conferência diz respeito ao entendimento sobre os modos de uso. Até Haia, estes eram divididos entre médicos e legítimos. A partir de Genebra, os sentidos tornam-se mais restritos ao campo científico, apagando as demais inscrições e consolidando como legítimo, apenas, os usos prescritos pelas ciências.

A Conferência de 1931, também realizada em Genebra, estabelece como uma de suas metas a luta contra a toxicomania, constituindo-se como o marco na adoção do modelo americano de criação de departamentos de repressão ao tráfico. Cinco anos depois, em 1936, e nessa mesma cidade, são assinados os compromissos estabelecidos em 1931 e que se dirigem, especificamente, à supressão do tráfico ilícito de drogas perigosas. Esse compromisso entra em vigor em 1939 e os países que o firmaram se comprometem a adotar medidas de prevenção da impunidade de traficantes e a facilitar a extradição de condenados por tráfico.

As décadas de 1940 e 1950 não registram grande preocupação com o consumo de drogas (DEL OLMO, 1990). Os Estados Unidos restringem o enfrentamento aos países produtores de matéria-prima, como Turquia e Irã. Entretanto, uma geopolítica das drogas se esboça em relação aos países do centro, os quais exigem maior rigor no controle da produção de maconha, cocaína e ópio dos países periféricos, enquanto as drogas sintéticas produzidas por aqueles são objeto de pouca regulamentação.

Persiste, nesses anos, uma percepção semelhante à vigente até o século XIX, para a qual as substâncias psicoativas não são um assunto jurídico, político ou de ética social. Escotado (2004, p. 91) afirma que “por volta de 1900, todas as drogas conhecidas se encontram disponíveis nas farmácias e drogarias, podendo-se comprá-las facilmente ao fabricante pelo correio”.

Tanto para América quanto para a Europa, até os anos 1950, a percepção sobre a droga encontra-se articulada ao consumo de opiáceos e a comportamentos restritos a grupos específicos, como a aristocracia, médicos, intelectuais, músicos e membros da elite latino-americana. É importante destacar o que autores como Del Olmo (1990) e Escotado (2004) afirmam a esse respeito. Para ambos, até esse período da história, a droga não motiva qualquer inquietação social, trata-se de um comportamento localizado, ainda que desviante, e em coexistência com as condutas dentro da norma. O consumo era tido como patológico, dependendo da droga e do consumidor em questão. Entretanto, nesse momento, novas vozes – a dos especialistas – já se fazem ouvir.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de suas comissões (DEL OLMO, 1990), buscam, nesse momento, registrar e legitimar o discurso médico-jurídico sobre a droga, dando a esta a face de um problema de saúde pública e, por consequência, concebendo o usuário como portador de uma patologia ou doença: a dependência. Ele passa, então, a ser dependente e submetido a medidas de controle sanitário.

Comportamento qualificado como subcultura ou cultura do retraimento, o consumo de drogas, até esse momento, como descrito acima, encontra-se localizado em determinados grupos sociais. Contudo, é importante frisar que nessa concepção ocorre o predomínio do estereótipo moral, a associação entre droga e sexo e a equivalência da droga à ideia de periculosidade. O controle sobre as substâncias limitava-se à proibição e o tratamento dispensado ao assunto articulava a resposta à periculosidade, ou seja, internação nos hospitais-prisão, como registrado por Del Olmo (1990).

Cabe ainda registrar, em relação a década de 1950, que desde o pós-guerra, o mundo convive com uma superprodução de ópio e sua transformação em morfina e heroína nos laboratórios controlados pela máfia (DEL OLMO, 1990). É importante lembrar que, ao fim da Lei Seca, as famílias mafiosas migraram suas atividades do álcool para as novas drogas proibidas.

A proibição ao álcool foi sucedida pela proibição a outras drogas como morfina, cocaína e heroína e tal solução agradou os traficantes de álcool, sem perspectivas com o fim de seu negócio ilícito, pois ofereceu-lhes uma tábua de salvação. Eles migraram do álcool para o comércio, igualmente ilegal, das outras drogas (ESCOHOTADO, 2004, p.100).

Essa década se encerra com a prisão de vinte traficantes estadunidenses no ano de 1959. O negócio ilegal, contudo, não acaba. As rotas da droga que incluíam até então um caminho que passava por Cuba, ao qual a Revolução Cubana impôs uma nova direção, se deslocam e com elas “mudam os atores e os lugares, e, portanto, o tipo de droga”. (DEL OLMO, 1990). A década termina sem produzir, no plano internacional, nenhuma normativa. Na América Latina, entretanto, há o início das mudanças legislativas, como registra Del Olmo (1990), e a incorporação, nas leis, do binômio droga-periculosidade. Os anos seguintes se incumbirão de produzir novos registros.

Salo de Carvalho (2010), divergindo de outros autores que apontam a Primeira Guerra do ópio como marco da proibição (RODRIGUES, 2008; VARGAS, 2001), alerta-nos não ser possível estabelecer um início para a criminalização das drogas, posto que esta resulta de um processo moralizador e normatizador de origem fluida e volátil. A análise dos registros encontrados em cada época permite localizar os processos que contribuíram para a consolidação da matriz proibicionista.

No Brasil o proibicionismo terá início com as Ordenações Filipinas, em 1605, que definem as drogas como “substâncias venenosas”, expressão que será mantida no Código de 1890. O Código Criminal de 1830, informa Salo de Carvalho (2010), não faz qualquer menção à proibição de consumo, comércio ou produção de substâncias psicoativas. Entretanto a questão será retomada pelo Código Penal de 1890. Contudo, Nilo Batista (1998) afirma que

a legislação anterior a 1914 não dispõe de massa normativa que permita extrair-lhe uma coerência programática específica [...] É nesta [primeira década dos anos 1900] ocasião que a política criminal brasileira para drogas começa a adquirir uma configuração definida, na direção de um modelo que chamaremos “sanitário”, e que prevalecerá por meio século (BATISTA, 1998, p. 79).

E aqui temos um dado que interessa à nossa investigação e que marca, de modo claro e significativo, a apreensão da questão, qual seja: a droga é, desde esse primeiro registro,

incluída no rol dos crimes contra a saúde pública. Expor à venda “ou ministrar substâncias venenosas sem a legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários”(CARVALHO, 2010, p. 11) é crime, assim como também é delito o exercício irregular da medicina, a prática de magia e espiritismo, do curandeirismo, o emprego de medicamentos alterados, o envenenamento das fontes públicas, a alteração de alimentos etc. Todos esses delitos encontram-se inscritos no Título III da Parte Especial do Código Penal, cujo título é “Dos Crimes contra a Tranquilidade Pública” (CARVALHO, 2010, p. 11), e aos sujeitos que neles incorrerem aplica-se sanção pecuniária.

O Brasil, já em 1912, subscreve o Protocolo Suplementar da Conferência Internacional do Ópio e, três anos depois, começa a escrever sua política criminal de drogas com a promulgação do Decreto nº 11.481 de 10/12/1915, que faz referência ao abuso crescente do ópio, da morfina e da cocaína no país. Se a legislação anterior a 1914 não permitia extrair uma coerência programática específica, a adesão às deliberações da conferência altera o curso dessa história, como se pode extrair do percurso histórico de nossas legislações futuras.

Nilo Batista (1998, p. 79) destaca, no Decreto-Lei nº 4.292 de 06/07/1921, a introdução de um conceito de entorpecente que, em suas palavras, “fará carreira” – uma longa e polissêmica carreira – no direito penal brasileiro. Distinguindo a embriaguez entre escandalosa e habitual, o decreto estabelece, como medida à segunda, a internação compulsória como modo de evitar a prática de crimes ou a “completa perda moral”. A regulamentação desse decreto legislativo gera outro decreto, que, por sua vez, prevê a criação do Sanatório para Toxicômanos (Decreto-Lei nº 14.969 de 03/09/1921). Até o momento, o tráfico não constitui delito de categoria especial, sendo tipificado como crime comum.

Um pouco mais adiante, em 1932, outro decreto considera a drogadição como doença de notificação compulsória. Assim, gradativamente, nossas legislações sofrem alterações de modo a ajustar as normas internas ao que dispõem os compromissos internacionais.

Nilo Batista (1998, p. 81) classifica o período compreendido entre 1914 e 1964 como a fase na qual vigorou, no Brasil, o modelo médico-sanitário, no qual os saberes e técnicas higienistas são utilizados na montagem da política criminal. E, ao analisar as normas internas desse período relativas às drogas, diz que

o que se depreende com clareza de tais normas é uma concepção sanitária de controle do tráfico, de um tráfico que se alimenta do desvio da droga de seu fluxo autorizado. As drogas estavam nas prateleiras das farmácias ou nos “stocks” de uma indústria que apenas suspeitava de seu futuro sucesso comercial, e boticários, práticos, facultativos, fiéis de

armazém e funcionários de alfândega são os personagens que abastecem de opiáceos ou cocaína grupos reduzidos e exóticos, intelectuais, filhos do baronato agroexportador educados na Europa, artistas (BATISTA, 1998, p. 81).

A maconha, já criminalizada, não fazia parte desse circuito, posto que era consumida pelos pobres, em especial, pelos negros até o final da década de 1950.

Merece destaque nesse período o Código Penal de 1940, que descriminalizou o consumo de drogas e reduziu os verbos incriminadores, ao contrário do disposto na norma anterior. Nesse momento o tema das drogas cai para segundo plano, em face de sua irrelevância estatística referente ao tráfico e ao consumo. Nilo Batista (1998) conclui a análise desse período chamando a atenção para um fato novo: a drogadição lícita e silenciosa, efeito *da conversão da droga em mercadoria*, produto da indústria farmacêutica, que começa a se constituir no país como um bom negócio.

A década de 1960 se insere no percurso da internacionalização do controle de drogas como um marco histórico. E a entrada do Brasil no cenário internacional de combate às drogas só se dará após a instauração da Ditadura Militar (CARVALHO, 2010).

Já sob a égide da ONU, realiza-se, na cidade de Nova York, em 1961, a Convenção Única sobre Entorpecentes. Essa convenção foi composta por 51 artigos e relacionou diversas drogas, classificando-as segundo suas propriedades em quatro listas. Além de elencar e categorizar as substâncias, foram estabelecidas as responsabilidades dos países quanto ao controle do tráfico e à fiscalização internacional, bem como foram definidas as medidas penais para o tráfico e recomendado o tratamento dos consumidores.

Amplamente aceito, esse acordo proibiu, expressamente, o fumo e a ingestão do ópio, a mastigação da folha de coca e o uso não médico de *cannabis* e inaugurou a ideologia da diferenciação, distinguindo, a partir do modelo médico-jurídico, as categorias de consumidor e traficante, dando, ao primeiro, respostas sanitárias, por considerá-lo doente, e, ao segundo, resposta penal. É importante ressaltar que o protocolo estabelecido pela convenção foi assinado onze anos depois de ela ter ocorrido, ou seja, em 1972, e que dela resultou a criação de um sistema de certificação de importação, exportação e troca de informações entre os países, o *International Narcotics Control Board*(INCB).

Os anos 1960 conheceram e experimentaram novas substâncias e foram marcados, sobretudo, por um duplo discurso, o discurso médico-jurídico ou um “híbrido dos modelos predominantes (o modelo médico-sanitário e o modelo ético-jurídico), o qual serviria para

estabelecer a ideologia da diferenciação”. (Del Olmo, 1990, p. 34). Seu uso não era mais um comportamento ligado a uma subcultura, mas um vírus. “O consumo de drogas não podia mais ser visto como uma simples subcultura, a droga e seus protagonistas haviam mudado. Tinha de ser visto como um vírus contagioso.” (Del Olmo, 1990,p. 36).O que enseja tal mudança no plano do discurso?

Del Olmo aponta, entre os acontecimentos que concorreram para a mudança de perspectiva e discurso, a presença e atuação de diferentes movimentos culturais e políticos, tais como a contracultura, movimentos pacifistas, *hippies*, os movimentos guerrilheiros na América Latina, a Revolução Cubana, a Guerra do Vietnã e a Aliança para o Progresso. O modelo de vida americano, tão difundido na década anterior, estava em xeque. Salo de Carvalho (2010, p. 14) nos lembra de que a associação entre droga e movimentos de contestação e de libertação a inscreveu, ao lado de outros elementos, no

quadro das manifestações estéticas das políticas de ruptura. Contrariamente ao que aconteceu nas décadas anteriores, o consumo de drogas ganha o espaço público, aumentando a visibilidade e, conseqüentemente, gerando o pânico moral que deflagrará intensa produção legislativa em matéria penal. Neste quadro, campanhas idealizadas pelos empresários morais e por movimentos repressivistas aliadas aos meios de comunicação justificarão os primeiros passos para a transnacionalização do controle sobre os entorpecentes. A Convenção Única sobre Estupefacientes, aprovada em Nova Iorque em 1961, é reflexo imediato desta realidade.

Ao lado desses fatos, registra-se o aumento do consumo e a expansão da indústria farmacêutica, com o conseqüente surgimento das drogas sintéticas, como o LSD.

Já não são apenas mexicanos, negros, latinos pobres e/ou delinquentes os que consomem alguma droga, ou, como nos anos 1950, grupos sociais específicos como os intelectuais. Os jovens brancos e das classes média e alta americana também o fazem.

A juventude branca foi tomando progressivamente consciência da problemática dos direitos das minorias e eventualmente se integrou às atividades políticas que elas desenvolviam e ao consumo de drogas antes questionados (Del Olmo, 1990, p.34).

A questão da droga se coloca como uma luta do bem contra o mal, dando assim continuidade ao estereótipo moral; a droga assume a face demoníaca, sua tipologia torna-se mais difusa e aterradora e o pânico se instala.

Os culpados tinham de estar fora do consenso e ser considerados corruptores, daí o fato de o discurso jurídico enfatizar na época o estereótipo criminoso, para determinar responsabilidades; sobretudo o escalão terminal, o pequeno distribuidor, seria visto como o incitador ao consumo. Este indivíduo geralmente provinha dos guetos, razão pela qual era fácil qualificá-lo de delinquente. O consumidor, em troca, como é de condição social distinta, seria qualificado de doente graças à difusão do estereótipo da dependência, de

acordo com o discurso médico que apresentava o já bem consolidado modelo médico-sanitário (Del Olmo, 1990, p. 34).

Na década de 1960, um novo discurso sobre a droga se impõe. Trata-se de um híbrido do discurso médico-sanitário e do ético-jurídico: o discurso médico-jurídico, que estabelece a ideologia da diferenciação, ou seja, a clivagem consumidor/traficante, ou doente/criminoso. Nos Estados Unidos, em 1966, é aprovada uma lei – a *Narcotic Addict Rehabilitation Act* – pela qual o consumidor pode optar por uma sanção civil, escolhendo entre o tratamento e a reabilitação ou a prisão. A difusão do estereótipo da dependência e dos diferentes tipos de tratamento se faz acompanhar, para quem for qualificado como traficante, pelo estereótipo do criminoso.

A droga foi, nesses anos, qualificada como inimiga. Uma inimiga interna, contra a qual se voltou o aparato repressivo da ditadura civil-militar vigente, cada dia mais tirânico e letal, que compreendia e definia o consumo de drogas como uma tática da guerra revolucionária contra a civilização cristã. O conceito da Doutrina de Segurança Nacional – adotado pelo sistema de segurança pública a partir de 1964 –, molda a política de drogas nacional e trata o inimigo como um alvo a ser eliminado. O inimigo é interno e classificado em dois tipos: 1) interno-político; 2) interno-criminal (traficante), sua eliminação se justifica e é legitimada pela ameaça que representam à ordem e à moral.

Vale registrar que a adoção desse discurso pelos países da América Latina não resultou no alívio da situação penal para o consumidor. Neles, diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos, a qualificação de consumidor, aponta Del Olmo (1990), acarretou, para este, privação da liberdade e negação de sua capacidade de escolha ou manifestação de vontade. Salo de Carvalho (2010, p. 24) salienta a esse respeito que ocorre no território latino-americano um processo de criminalização da adição, posto que

a obrigatoriedade terapêutica aos drogaditos, a partir do entendimento da toxicodependência como fator criminógeno revelador de intensa periculosidade social, determina a solidificação do discurso médico-jurídico sanitarista na medida em que (a) associa dependência-delito, (b) abandona a ideia de voluntariedade no tratamento, e, subliminarmente, (c) amplia as possibilidades de identificação do usuário como dependente.

Do percurso de internacionalização do controle, vale ressaltar um dado, ou melhor, uma das metas propostas pela Convenção de 1961: a eliminação gradual do ópio, com prazo estipulado em 15 anos; da coca e da *cannabis*, com eliminação prevista para ser alcançada no prazo de 25

anos. A história atual revela o fracasso de tais metas, assim como a repetição da proposta. A proibição insiste!

A década seguinte, os anos 1970, vive a explosão do consumo de drogas. O uso da heroína é marcado pela assunção de um novo significante pelos discursos sobre a droga: o inimigo público, com o qual se inaugura o discurso político sobre elas.

A droga passa a ser sinônimo de ameaça à ordem interna, ainda que, quando vista de perto, a heroína – a mais consumida naquele momento nos Estados Unidos – e seus efeitos apontassem para uma direção distinta. Ao contrário do consumo da maconha, coletivo e público, usado pela juventude como uma “arma para responder ao desafio da ordem vigente”(Del Olmo, 190, p. 36), o consumo de heroína é individual, solitário, marginalizante, inibidor, e, por consequência, avesso a qualquer tentativa de aglutinação e laço de desobediência à ordem. Nesse sentido, a heroína é menos ameaçadora à ordem e ao sistema; uma droga, portanto, contrarrevolucionária, de conservação da ordem e de custo elevado.

A Guerra do Vietnã, afirma Zaccone (2011, p. 92), “traz à tona o consumo de heroína por militares e ex-combatentes norte-americanos, servindo para iniciar o discurso político sobre as drogas”. Essa guerra foi, nas palavras de Hans-Georg Behr³ (1981 citado por Del Olmo, 1990, p. 42),

senão a madrinha, pelo menos a testemunha do casamento da heroína com a política [...] a teoria de que a China estava envenenando o mundo livre com a heroína recebeu nos círculos do Serviço secreto um nome peculiar, o pacto de Pequim.

O inimigo passa ser tanto interno quanto externo, e o perigo representado pelo último suplanta o primeiro e diz respeito ao tráfico. Os termos “narcoguerrilha”, “narcoterrorismo” e “narcossubversão” serão os nexos entre as duas guerras: contra a ameaça comunista e contra as drogas. A escolha do prefixo “narco-” não é inocente. Ao resgatar o termo inglês *narcotics* – inclusive para substâncias que não produzem tal efeito, ou seja, narcose – busca-se enfatizar, no plano do discurso, a oferta e o tráfico de substâncias produzidas fora dos Estados Unidos, reforçando e legitimando a imagem do inimigo externo.

Eliminam-se as barreiras idiomáticas: os termos podem ser usados igualmente em inglês e em espanhol; deste modo, a linguagem da droga da década de oitenta reproduz curiosamente as mesmas características mundiais da transnacional da qual se ocupa. Este novo discurso, por seu conteúdo geopolítico, já não estabelece diferenças entre doente-consumidor e delinquente-traficante como antes, mas entre países vítimas e países vitimários. (Del Olmo, 1990, p. 69-70).

³BEHR, Hans-Georg. *La droga: potencia mundial. El negocio con el vicio*. Barcelona: Planeta, 1981.

O consumo de heroína desloca a face do inimigo de dentro para fora: ele passa a ser externo e político. E a ameaça, nesse momento, tem origem externa, vem de um país inimigo. Nesse contexto, a situação vivida no Brasil pune, em primeiro plano, os inimigos políticos e, secundariamente, os inimigos morais ou criminosos. Todos são alvos da mesma estrutura punitiva – militarizada e letal –, que faz da tortura uma política de Estado.

Thiago Rodrigues (2003, p. 159) nos informa a respeito dessa situação no contexto internacional:

Aceita-se oficialmente a existência de países produtores de drogas ilícitas e países consumidores, atitude que cumpria o papel de exteriorizar o problema do tráfico de drogas, colocando os Estados e regiões do então Terceiro Mundo como agressores e os Estados Unidos na posição de vítimas: criminosos asiáticos e latino-americanos levariam heroína, cocaína, maconha e LSD para corromper a juventude da América. [...] para o governo, comunismo e narcotráfico agiam em conjunto para minar a democracia e a saúde das populações.

Entre nós, brasileiros, a década de 1960, constitui-se no ponto de virada do modelo. Passamos do médico-sanitário ao bélico, no contexto de uma ditadura civil-militar que durou 21 anos oficialmente e que representou uma das condições de possibilidade para implantação do modelo bélico. É desse período, conforme apontam Nilo Batista (1998) e Salo de Carvalho (2010), especificamente do ano de 1968, a promulgação do Decreto-Lei 385 (26/12/1968) que equipara consumidor e traficante, produzindo uma quebra em nossa tradição jurídica. A adequação às normativas internacionais, expressa pela Lei nº 5.726/71, não superou a criminalização do usuário, para o qual a lei estabelecia pena privativa de liberdade de 01 a 06 anos. Salo de Carvalho (2010) salienta que essa lei se configurou como um marco no processo de mudança do modelo repressivo, consolidado nas legislações subsequentes, ou seja, as Leis nº 6.368/76 e nº 11.343/06.

O percurso legislativo prossegue e em 1971 a ONU realiza a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas e, no ano seguinte, aprova o Protocolo que altera a Convenção de Estupefacientes de 1961, passando a lista a conter novas drogas proibidas, entre as quais estão as anfetaminas (DEL OLMO, 1990). Curiosamente, os Estados Unidos, protagonista dessas mudanças, só ratificam as decisões oito anos depois.

A Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 ampliou a lista da proscrição, passando a incluir, a partir de 1976 – quando efetivamente entrou em vigor – também o LSD, tranquilizantes, estimulantes, anfetaminas e medicamentos de efeito sedativo (BOITEUX et al, 2009).

A exportação do modelo americano de legislações sobre drogas tem início na década de 1970 e o discurso sobre a droga, desse momento, dá a ela o *status* de “ameaça à segurança nacional” dos Estados Unidos. Daí a investida de seus governantes em ações de apoio à repressão e controle de matérias-primas além das fronteiras de seu país. Ilustra essa posição o financiamento dado pelos Estados Unidos à eliminação dos cultivos de maconha, em 1975, no México.

No ano seguinte, 1976, volta a crescer entre americanos o consumo da cocaína, insignificante desde os anos 1920. Del Olmo (1990) afirma que esse ano é apontado como o de início da epidemia de cocaína, a droga da década seguinte. O que deflagra a criação do estereótipo da cocaína e do inimigo externo.

Inicialmente tratada como inofensiva, de consumo “discreto, elegante, associado a personalidades de prestígio profissional e artístico, recreacional e social, com reputação de não criar dependência” (DEL OLMO, 1990, p. 49), a cocaína, usada no século XIX e início do século XX, entra em desuso após esse período, mas volta à cena e é reapresentada ao mundo pelos meios de comunicação, que estimulam seu consumo ao ressaltar as virtudes de consumidores ilustres e heróis da época, como músicos de rock e artistas

Em julho de 1981, a revista *Time* se referia à cocaína como “uma droga com *status* e uma ameaça”, em matéria de capa ilustrada com uma taça de Martini cheia de pó brilhante. No mesmo ano, a *Newsweek* associava cocaína a champanhe, caviar e outros símbolos de riqueza. [...] Colherinhas de ouro ou prata para cocaína apareciam penduradas no pescoço de celebridades no fim da década de 1970 e início da seguinte (HART, 2014, p.158).

A esse primeiro momento – esclarece-nos Del Olmo (1990) –, sucedem-se duas etapas, nas quais a inscrição da droga se altera. Mais uma vez, as mudanças passam pela expansão do consumo para outros grupos sociais, mudando a imagem e os padrões de uso de drogas. A década de 1970 se encerra proclamando um novo discurso, o da cocaína, e as legislações passam a se ocupar dela. Importante destacar que os países da América Latina realizam nesses anos várias mudanças legislativas, fazendo coro às posições estadunidenses, ainda que, ao sul do continente, a questão em pauta não diga respeito à cocaína, mas a coca. Uma, extrato, a outra, um vegetal, respectivamente. Cada uma com usos, significados e consumos diferenciados.

Essa década produziu normativa internacional e muitos informes sobre drogas. Foram elaborados e publicados convênios, protocolos, relatórios e legislações, além da formação de serviços destinados ao controle e à repressão ao tráfico. Isso se deu não só nos Estados

Unidos. Os países da América Latina seguem o exemplo, alteram suas legislações, criam comissões nacionais para tratar do tema e realizam a Conferência Sul-Americana sobre Estupefacientes, que, entre outras deliberações, funda um organismo internacional: o Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos. Del Olmo (1990) afirma que esse acordo tinha como objetivo principal a difusão, na América do Sul, do discurso médico-jurídico e do pânico às drogas.⁴

Esse período no Brasil é marcado pela edição de novas leis sobre drogas, textos (de 1971 e 1976) nos quais se fazem notar as marcas do período ditatorial e que inscrevem a questão droga no escopo da doutrina de segurança nacional. O endurecimento das penas faz par com a manutenção da equiparação já estabelecida entre usuário e traficante. Salo de Carvalho (2010, p. 23) nos diz que

os binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão permeiam a legislação e, apesar de aparecerem integrados no texto, sua conjugação é apenas aparente, pois, na realidade operativa do sistema repressivo, criam dois estatutos proibitivos diferenciados, moldados conforme a lógica médico-psiquiátrica ou jurídico-política, disciplinando sanções e medidas autônomas aos sujeitos criminalizados.

Os anos 1980 herdam da década precedente o lema de guerra às drogas e registra uma virada no discurso. O consumidor passa de doente a cliente e as preocupações relativas à droga dizem respeito ao tráfico e suas dimensões econômicas e políticas.

Num quadro de crise econômica, os Estados Unidos registram, ainda, o maior número de consumidores de drogas de sua história. E serão os aspectos econômicos e políticos do tráfico de drogas, em especial da cocaína, o centro das preocupações e do discurso, transformado, nesse momento, em político.

As fugas de capital em direção às contas bancárias nos paraísos fiscais faziam a conexão com o novo negócio bilionário, criado a partir de um atrativo mercado consumidor, em condições geopolíticas que facilitaram o *boom* da cocaína e o surgimento de organizações e redes de poder (ZACCONE, 2011, p. 94).

O mesmo nos diz Richard Clayton⁵(citado por DEL OLMO, 1990, p. 57), pesquisador do *National Institute on Drug Abuse*(NIDA), organismo voltado à difusão do discurso médico sobre a droga, quando afirma que

⁴ Rosa del Olmo (1990, p. 46) indica que esse objetivo seria desenvolvido por quatro comissões(educação preventiva, tratamento e reabilitação, fiscalização de drogas ilícitas e repressão ao tráfico ilícito) e pelos Centros Regionais de Capacitação criados na Venezuela, Argentina, Brasil e Peru.

⁵CLAYTON, Richard. *Cocaine. Use in the a Blizzard or Just being snowed?* In: *NIDA. Cocaine in America:epidemiologic clinical perspectives, Research Monograph Series 61*. Washington, D.C., 1985, p. 14-15.

há dois temas econômicos e políticos que devem ser levados em consideração. Primeiro, as estimativas macroeconômicas de uma indústria da cocaína calculada em 50 a 70 milhões anuais. Segundo, o custo do uso indevido de drogas para a sociedade norte-americana em termos de dólares para tratamento.

As cifras referentes ao tráfico dentro dos Estados Unidos apontam para um valor estimado, em 1983, em 100 bilhões de dólares, o que equivale a 10% da produção industrial desse país. Tal realidade passa a exigir uma nova solução: esta, aprofundando a estratégia em curso de exteriorização do problema, pretende controlar a economia subterrânea do tráfico de drogas além das fronteiras dos Estados Unidos, exigindo uma reformulação no discurso jurídico, o qual passará a ser transnacional, e a ratificação da Convenção de 1961 e do Convênio sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971. Protagonista dos dois eventos, os Estados Unidos, contudo, os ratificam com significativo atraso, apenas no momento em que assina com a Colômbia o Tratado de Exatidão, posto que o Departamento de Estado Americano (DEA) identifica que, entre os traficantes colombianos operantes nos Estados Unidos, grande parte está ilegalmente no país.

A Guerra às drogas proclamada por Nixon e posta em curso no governo Reagan opera com duas estratégias: “1) a eliminação das drogas antes de sua entrada nos Estados Unidos; 2) a eliminação do traficante”. (DEL OLMO, 1990, p. 65). O que resulta numa perspectiva que responsabiliza a oferta, ou seja, o tráfico e não o consumo e assume posição parcial. A legitimação do inimigo externo adota, ou melhor, resgata o termo “*narcotic*”, usado quando se associava droga a opiáceos e cocaína, estabelecendo duas derivações: “narcotráfico”, para designar o inimigo em termos econômicos, e “narcoterrorismo”, para qualificar o aspecto político. Como já destacado, Del Olmo (1990) alerta que todo o léxico relativo à droga na década de 1980 utiliza o prefixo “narco-”, contração do vocábulo inglês “*narcotics*”, cuja aceitação acrítica reflete, nas palavras de Maria Lúcia Karam (1996, p. 5),

uma submissão às regras de internacionalização da política de drogas, ditada pelos Estados Unidos da América, [...] inobstante o principal alvo da política do momento – a cocaína sequer pudesse ser vista como narcótico, tratando-se, ao contrário, de evidente estimulante.

“Narcodólar”, “narcocconomia”, “narcoestado”, “narcomilitar”, “narcossubversivo”, “narcocontras” e “narcomania” passam a impregnar a linguagem e moldar o pensamento, legitimando as ações que ainda hoje nos alcançam.

A Conferência Internacional sobre o Uso Indevido e o Tráfico Ilícito de Entorpecentes, realizada em Viena no ano de 1987, constitui-se como o marco da internacionalização da política punitiva americana. Registra-se que, pela primeira vez, a Comunidade Europeia se

incorpora a esse debate. No ano seguinte (1988) é aprovado o texto da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, no qual se baseia o atual sistema de controle de drogas,

um instrumento repressivo que pretende combater as organizações de traficantes, através da ampliação das hipóteses de extradição, cooperação internacional e do confisco de ativos financeiros dos traficantes, unificando e reforçando os instrumentos legais já existentes. É este instrumento que definirá, juridicamente, o delito de lavagem de dinheiro e também o que alterará a situação penal do consumidor, posto que considerará a posse, a aquisição e o cultivo também como tráfico, promovendo o que Zafaroni nomeia como a “multiplicação dos verbos” (BOITEUX, 2009,p.29).

A internacionalização do controle das drogas se efetiva e as três Convenções das Nações Unidas (1961, 1971 e 1988) geraram, no interior da instituição, organismos agrupados em três categorias de poder: 1) o poder político legislativo, exercido pela Assembleia Geral da ONU e pela *Comission on Narcotic Drugs* (CNB); 2) o poder judiciário, representado pelo INCB, e o poder executivo, pelo *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODOC).⁶ Esses organismos têm a responsabilidade de controlar o fenômeno e monitorar os Estados-Membros no cumprimento de suas ações.

O ano de 1988, marco histórico do processo de redemocratização no Brasil, é também o ano no qual o Congresso Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Federal. “A nova conjuntura nacional, inspirada no desejo de ruptura com as políticas autoritárias dos sucessivos Governos Militares, suscitou imaginar que também em matéria de repressão penal a abertura implicaria profundas alterações.” (CARVALHO, 2010, p. 43).

Nossa Constituição Cidadã, contudo, não avançou no tema das drogas. Ao contrário, frustrou expectativas ao aprofundar o modelo bélico e, seguindo o espírito da época, já sob a égide da guerra às drogas, inscreveu o tráfico como crime inafiançável e insuscetível de graça ou anistia. Dois anos depois, em 1990, esse delito Foi tipificado como hediondo (Lei nº 8.072/90). O tema droga recebe da Constituição Cidadã a mesma resposta dada pela ditadura, o que produziu, como efeito visível, o aumento das taxas de encarceramento.

A década de 1980 se encerra com o controle da droga já convertido em importante pauta da política externa e em prioridade diplomática de todos os países do mundo, mas também com o registro nos Estados Unidos do surgimento de novas drogas: o *crack*, um derivado da cocaína; o alcatrão negro, nova variedade de heroína e de pior qualidade; e a *sememente*, um tipo de maconha dos Estados Unidos, mais poderosa.

⁶Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime.

Registra-se, nesses anos, uma importante produção de documentos, serviços, conferência, tratados, encontros e seminários, nos quais, sempre, apesar das diferenças relativas ao consumo detectadas entre os países latino-americanos e os Estados Unidos, se reafirmou um discurso que consolidou a criação de dois estereótipos: o da cocaína e o político-criminoso-latino-americano, como aponta Rosa del Olmo (1990). Por meio desses dois estereótipos, transmite-se a mensagem de que o problema das drogas se restringe a apenas uma, a cocaína, e que há um responsável, os países produtores de coca.

A insistência dos Estados Unidos em internacionalizar o controle da droga permitiu-lhe realizar intervenções militares, diplomáticas e financeiras em outros países, com particular atuação em países vizinhos.

A ênfase recai sem dúvida sobre a cocaína, apesar de os governos latino-americanos reiteradamente manifestarem, em reuniões internacionais, que o problema do consumo em seus respectivos países se concentra especialmente na maconha, nos psicofármacos e nos inalantes (Del Olmo, 1990, p. 72).

A década de 1990 e a primeira década dos anos 2000 não produziram mudança substantiva sobre o tema, ao contrário, mantiveram a orientação bélica, o modelo repressivo e o combate às drogas, mesmo em face de seu fracasso, protelando o alcance da utópica meta de uma década para outra. Assim, na *Special Session of the United Nations General Assembly on the World Drug Problem*(UNGASS),⁷ deliberou-se que a próxima década (1998/2008) seria o período de reflexão sobre a política, mantendo-se, contudo, a meta da erradicação, postergada para 2008, ano em que o mundo estaria livre das drogas. Mesmo frente ao óbvio fracasso, a UNODOC sustentou em seu relatório que o problema das drogas havia sido contido. Declaração contestada por especialistas e desautorizada pela realidade.

O tema segue em pauta e é objeto de discussão da Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas (CND) realizada em 2009. Desde 1998, entretanto, não há consenso e os países se dividem entre os que defendem a manutenção do modelo repressivo; os que defendem uma responsabilidade compartilhada, caso dos países latino-americanos, produtores de matéria-prima, que apontam a necessidade de operar sobre a redução da demanda e não só da oferta; e os que apontam a falência do modelo proposto e sugerem a adoção de políticas mais pragmáticas, na linha da redução de danos (BOITEUX et al, 2009).

A redução de danos, adotada por vários países europeus, foi objeto de discussão da Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas de 2009 e ficou, devido às polêmicas, fora da Declaração

⁷Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações.

Final, mas não sem inscrição. Ao fim desse encontro, um grupo de países que defendia a inclusão desse conceito no texto final sustenta que interpretaria a expressão “serviços de apoio relacionados”, incluída na declaração, como sinônimo de “redução de danos”, marcando uma posição política de desobediência à Cartilha de Viena (BOITEUX et al, 2009).

A Bolívia, por meio de seu presidente Evo Morales, destaca-se nessa reunião ao reivindicar a retirada da folha de coca da lista das drogas ilícitas e o respeito ao uso e ao cultivo da folha nos países andinos. Em face dessa posição, a Organização dos Estados Americanos (OEA) reuniu-se em junho de 2013 para discutir a política de drogas das Américas. Nesta o embaixador do Equador sintetiza o dissenso quando afirma:

el fenómeno de las drogas requiere de la suma de nuestras capacidades, de una visión objetiva, sensible; de un sentido común, al fin, que nos permita arribar a propuestas acordes con la realidad del hemisferio. Frente a esto, los Estados han **limitado** sus políticas sobre drogas a **la represión de productores y consumidores**, sin diferenciar la producción ilícita de la del uso y del consumo que tienen en si mismo motivaciones de naturaleza sociocultural. Respecto a este último, traigo el caso de la hoja de coca, un bien ancestral de los pueblos originarios de América, confundida aún por muchos con cocaína, pese a la diferenciación y reconocimiento explícito que ya hiciera la ONU en relación a la coca. Estas políticas parten de un análisis incompleto – incluso medíocre – para abordar la complejidad que le es inherente” (AROCA, 2013, p. 2-3, grifo nosso).⁸

Há divergências e sinais de mudanças. Porém, a política oficial permanece igual à do século passado: a droga segue criminalizada.

Por fim, cabe mencionar a legislação sobre drogas em vigência no Brasil, a Lei nº 11.343/06. Seu texto não destoia da posição adotada pela ONU, ou seja, reforça o modelo médico-jurídico, mantendo inalterado o fundamento proibicionista, inaugurado no Brasil com a promulgação da Lei nº 5.726/71. Oscilando entre o aumento da pena para o tráfico e medidas de terapêutica penal para os consumidores, revela as duas faces do proibicionismo: “a obsessão repressivista às hipóteses de comércio ilegal e a idealização da pureza e normalidade representada socialmente por condutas abstêmias”. (CARVALHO, 2010, p. 69). Esse autor nos permite perceber que a legislação brasileira pune com “mão de ferro” usuários e traficantes, por meio de penas cada vez mais duras para o tráfico e da condenação moral que impõe a abstinência como norma. E pela indefinição relativa à conduta tipificada por porte

⁸“o fenômeno das drogas requer o máximo de nossa capacidade, de uma visão objetiva, sensível; um senso comum, enfim, que nos permita a apresentação de propostas de acordo com a realidade do hemisfério. Frente a isso, os Estados limitaram suas políticas de drogas à repressão de produtores e consumidores, sem diferenciar a produção ilícita e uso do uso e do consumo, quem tem, em si mesmas, motivações socioculturais. Quanto a este último, trago o exemplo da folha de coca, um bem ancestral dos povos originários da América, ainda confundido por muitos com cocaína, apesar da diferenciação e reconhecimento explícito feito pela ONU em relação à coca. Estas políticas são baseadas em uma análise incompleta, inclusive medíocres – para lidar com a complexidade que é inerente” (AROCA, 2013, p 2-3).

para consumo pessoal, abre a porta à seletividade punitiva e conduz jovens pobres e negros ao cárcere em número sempre crescente.

Novamente Nilo Batista (1998, p. 92) nos ajuda, esclarecendo que

a substituição de um modelo sanitário por um modelo bélico de política criminal, no Brasil, não representa uma metáfora acadêmica, e sim a intervenção dura e frequentemente inconstitucional de princípios de guerra no funcionamento penal.

4.9 A construção do retrato falado do inimigo: a política e os estereótipos

Ao tomar como objeto de análise as normativas internacionais levadas a cabo entre as décadas de 1950 a 1980, Rosa del Olmo (1990, p. 22), criminóloga venezuelana, destaca o vocábulo “droga” e aponta que se trata de uma nomeação imprecisa, mas não destituída de sentido e intenção. A palavra “droga”, salienta, funciona

como estereótipo, mais do que como conceito; como crença, mais do que como descoberta científica pesquisada. E não pode ser definida porque é utilizada de maneira genérica para incluir toda uma série de substâncias muito distintas entre si, inclusive em sua capacidade de alterar as condições psíquicas e/ou físicas, que têm em comum exclusivamente o fato de haverem sido proibidas. [...] a confusão aumenta quando se compara uma série de substâncias permitidas, com igual capacidade de alterar essas condições psíquicas e/ou físicas, mas não se incluem na definição de droga por razões alheias à sua capacidade de alterar essas condições, como por exemplo, o caso do álcool.

A autora nos adverte que o discurso sobre a droga é o que de fato importa. A qualidade química, ou mesmo a capacidade de alterar o funcionamento do organismo, e a própria definição conceitual são secundárias aos discursos construídos sobre as substâncias agrupadas sob esse conceito, em sua forma singular. A escolha semântica não é sem consequências. Falar em “droga” e não em “drogas” permite, de modo conveniente, confundir e distinguir entre proibidas e permitidas, de acordo com o ator e a situação em jogo. As características do protagonista da cena são também incluídas pelo discurso sobre a droga, sempre a depender do personagem em cena. O que vai se desenhando, nos diz Del Olmo (1990), é o estereótipo.

Citando Carlos González Zorrila (1983),⁹ Del Olmo (1990, p. 23) define três estereótipos sobre as drogas: o médico, o cultural e o moral. Sobre os estereótipos, afirma: são “a melhor expressão do controle social informal, [...] necessários para legitimar o controle formal, cuja expressão máxima no caso das drogas é a normativa jurídica”.

⁹ZORRILA, C.G. Drogas y cuestión criminal. In: BERGALLI et al (Org). *El pensamiento criminológico II*. Bogotá: Temis, 1983.

O estereótipo médico, produto *da difusão do modelo médico-sanitário*, opera e se assenta sobre a equivalência entre adjetivos, ou seja, traduz, adotando vocábulos médicos, experiência e objeto. É necessário dizer que a experiência é, segundo esse discurso, congelada e reificada, passando a definir uma identidade – drogado – que, transcrita por aquele, é nomeada doente. E o objeto – a droga – assume a condição de agente etiológico – vírus –ou ainda epidemia ou praga. Esse discurso funciona como ingrediente para outro estereótipo, cujas ressonâncias se mantêm na atualidade, o *estereótipo da dependência química*. Toda a questão relativa à droga fica assim inscrita no campo da saúde pública. Ficam de fora, portanto, outros modos de uso e relação com as substâncias e, sobretudo, restringe-se o sentido e emite-se a mensagem de que todo encontro com as substâncias psicoativas ilícitas é sempre prejudicial.

Os meios de comunicação e o campo jurídico são o solo no qual têm origem os dois outros estereótipos: o cultural e o moral. Na construção da imagem do consumidor, dois acercamentos são operados. Quando o retrato feito aproxima o consumidor da imagem do jovem, do drogado, o estereótipo traçado relaciona-se a contornos culturais. E quando qualificado como desempregado ou ocioso, o adjetivo adotado passa a ser viciado, e o retrato é moral. Em ambos, no cultural e no moral, o que está em jogo é a ruptura com o consenso, a oposição a este, feita pelos que optam por consumir substâncias psicoativas, lícitas ou não, mas cuja distância da dissidência se amplia para os que escolhem as substâncias ilícitas.

Os três estereótipos referem-se ao consumidor e são reforçados pelo discurso jurídico, que legitima a diferença entre bem e mal, condenando as condutas relativas ao consumo das substâncias nomeadas, por esse mesmo discurso, como ilegais “não por suas qualidades farmacológicas, mas porque se percebe como ameaça socioética, apesar de no fundo a razão de sua ilegalidade ser econômica”.(Del Olmo, 1990,p. 24).

A esses estereótipos se associa outro, contemporâneo: o *político-criminoso*. Decorrente das legislações sobre drogas, esse estereótipo recorre ao discurso político para legitimar-se como jurídico. O retrato, traçado por esse discurso, define o perfil de outro protagonista, o traficante, e eleva a droga à categoria de inimiga.

Portador de tão grave ameaça, o traficante recebe novas qualificações: invasor, narcoterrorista, narcoguerrilheiro, dando consistência e legitimação à “guerra às drogas”, *slogan* da política de controle sobre a droga amplamente difundida a partir da década de 1980, cujas diretrizes incorporam os postulados da doutrina da segurança nacional.

As definições estabelecidas por Howard Becker (2008) acerca da categoria de desvio, importante contribuição para formulação da criminologia crítica, permite compreender que este – o desvio – é uma criação dos grupos sociais que ao

fazer regras cuja infração constitui desvio [...] o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal. O grau em que um ato será tratado como desviante depende também de quem o comete e de quem se sente prejudicado por ele. Regras tendem a ser aplicadas mais a algumas pessoas que a outras [...] meninos de áreas de classe média, quando detidos, não chegam tão longe no processo legal como os meninos de bairros miseráveis. [...] De maneira semelhante, a lei é diferencialmente aplicada a negros e brancos (BECKER, 2008, p.21-25).

Eixo das legislações internacionais, os estereótipos permitem esclarecer o acento dado, em cada época, a uma determinada face da questão. Num movimento pendular sobre três itens – saúde, segurança pública e justiça –, o estereótipo formulado entre as décadas de 1950 e 1980 dá destaque a um desses pontos ou à conjugação de dois deles.

Del Olmo (1990, p. 23) nos diz que os estereótipos são “a melhor forma do controle social informal” e se expressam de forma máxima nas legislações, ou seja, os discursos sociais, ao produzirem nomeações, conformam leis e nestas imprimem suas concepções e preconceitos, que, por sua vez, e dialeticamente, fortalecem os discursos e estigmas. No caso das drogas e suas políticas, não é difícil perceber os efeitos de segregação e violência que autorizam.

Lola Anyar de Castro esclarece que

na sociedade, existem vários estereótipos: o do alcoólatra, que seria um maltrapilho embrutecido pela bebida e deve, portanto, ser objeto de medidas violentas, ou sanções médicas, psiquiátricas e legais, cujo estereótipo serve para justificar a existência e o comportamento – agressivo e impune – dos alcoólatras das classes média e superior. O estereótipo do jovem *hippie*, drogado, sujo e amoral, serve para justificar à “gente de bem” burguesa a sua repressão contra os grupos de jovens politizados, considerados perigosos para as classes no poder. [...] o criminoso estereotipado é, pois, função do sistema estratificado e concorre para mantê-lo inalterado. Isto permite à maioria não criminosa redefinir-se com base nas normas que aquele violou e reforçar o sistema de valores de seu próprio grupo (CASTRO, 1983, p. 126).

Cotidianamente repetido, o estereótipo do traficante não apenas autoriza a eliminação desse agente, como encobre a cruel realidade: os nomeados traficantes são, em sua imensa maioria, varejistas ou camelôs da droga, peças descartáveis de uma cadeia produtiva na qual a morte e o encarceramento são os riscos diários do trabalho, e para os quais a proteção vem apenas das armas. Ilusão que, além de não eliminar o risco, o torna mais grave.

O rótulo de traficante, no Brasil, passou a substituir, a partir dos anos 1980, a ameaça que evocava o termo comunista até os anos 1970 e funciona como senha para atuação genocida da polícia, além de transformar o criminoso estereotipado no “bode expiatório” da sociedade, nas palavras de Orlando Zaccone (2011).

O peso do estigma nesse caso transcende, muitas vezes, a morte. Os autos de resistência são um claro exemplo das consequências estigmatizantes do estereótipo do traficante, punido, mesmo após sua morte.

Entre as consequências provocadas pela imposição de uma nomeação ou de um estigma, destacam-se os efeitos da segregação social engendrados pelo discurso, o qual não é menos violento que toda a violência que denuncia e diz pretender erradicar.

Ao separar, classificar, nomear e dar rosto à ameaça constituída pelos sujeitos envolvidos com as substâncias tidas como perigosas para a vida social, os discursos sobre a droga produzem marcas e inscrições que incidem sobre os corpos e as vidas desses sujeitos, mas não só! Incidem, também, sobre o corpo da cidade, formatam políticas que os retroalimentam e dão continuidade à violência, sua causa e consequência. Ou, a verdade oculta e o dado móbil desse jogo letal.

Dois organismos internacionais, a ONU e a OMS, respondem pela universalização desses modelos explicativos sobre as drogas ilícitas e suas características. A primeira, no campo jurídico e a segunda, no campo sanitário. Sobre tais modelos, Del Olmo (1990, p. 27) aponta que “é preciso lembrar sem dúvida que ambos se desenvolvem apenas no século XX, tendo sido os Estados Unidos seu promotor fundamental no campo internacional.”

A proclamação da *war on drugs* localiza-se num tempo histórico em que várias camadas de sentido já se sobrepunham às substâncias psicoativas. Nesse momento, as drogas raramente se associam a qualquer outro sentido que escape ao delito, ao crime, à doença ou ao pecado. Seu laço antropológico encontra-se encoberto pelas aparências que as transformam em um mal em si. Mas, sobretudo, a criminalização das drogas funciona como um alibi nos processos de controle das massas tidas como perigosas. E à exemplo da Inquisição, trata-se de um empreendimento que triunfa ao fracassar, no qual razões de ordem econômica, política e social são encobertas por preceitos morais.

O fracasso vitorioso da guerra às drogas, um paradoxo apenas aparente, pode ser interpretado como vitória do que escapa à palavra, não se deixa representar e insiste, retorna. Noutros

termos: a vitória não é a conquista do objetivo declarado, mas do que se mantém fora do discurso.

A política que se construiu e se consolidou nesse percurso dá mostras de sua falência ao evidenciar que seus danos colaterais são muito superiores aos que pretendia prevenir e erradicar. Mas, sobretudo, e nas palavras de Foucault (1999), no caso das drogas,

a política é a guerra continuada por outros meios [...] é a sanção e a recondução do desequilíbrio das forças manifestado na guerra. [...] o poder político [...] teria como função reinserir perpetuamente essa relação de força, mediante uma espécie de guerra silenciosa, e de reinseri-la nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, até nos corpos de uns e de outros (FOUCAULT, 1999, p. 22-23).

Operando, desse modo, em sentido oposto à civilização.

5 CAPÍTULO II – GUERRA ÀS DROGAS: FUNDAMENTOS E CONSEQUÊNCIAS

*“A lei e a justiça não hesitam em proclamar sua necessária dissimetria de classe”
(Michel Foucault)*

5.1 Vazios e dobras da proibição

A clivagem entre lícito e ilícito – no campo das condutas relativas às drogas –, como se pode concluir do percurso empreendido até aqui, não logrou os resultados almejados pela guerra declarada (*war on drugs*) a elas, quais sejam: sua erradicação, redução do consumo e o alcance da utopia de um mundo livre de drogas.

Contudo, governos e sociedades da maioria dos países do globo dão sequência a uma guerra permanente e irregular, tornando regra o estado de exceção no seio do Estado de Direito, para dizermos com Agamben (2009). Desse vitorioso fracasso, interessa-nos conhecer alguns de seus efeitos e, em especial, como estes se refletem na realidade brasileira e se se articulam ou não com a política estabelecida no país.

Como visto no capítulo precedente, a legislação nacional segue a tendência mundial, ou melhor, o Brasil, assim como os demais países do continente latino-americano e grande parte dos demais países do mundo, aceita a liderança exercida pelos Estados Unidos e reverberada pelos organismos internacionais sobre essa questão. E mesmo em face do evidente fracasso da propalada guerra, essas nações continuam a sustentá-la, repetindo, no decorrer dos anos e em legislações que se renovam, para se manterem iguais ou mais severas, todos os danos do proibicionismo, como define Maria Lúcia Karam (2008).

A Lei nº 11.343/06 – legislação atual sobre drogas – molda-se aos propósitos da política internacional de controle de drogas e constitui-se como marco normativo da atual política pública sobre tais substâncias. Noutras palavras: nossa resposta pública às drogas opta pela criminalização das condutas relativas a elas e adota o belicismo como solução. Como proposto pelas Convenções Internacionais, estamos, em plena democracia, em guerra contra as drogas e buscamos, neste momento histórico, “vencer”, em especial, a uma delas: o *crack*.

Sem alterar a perspectiva das legislações anteriores e tendo a Lei nº 6.368/76 como base, a Lei nº 11.343/06 dá continuidade à criminalização e mantém como diretriz orientadora a ideologia da diferenciação, qual seja, a clivagem entre consumidor-doente e traficante-delinquente. E “inova” – endurecendo a resposta penal no tratamento dispensado ao tráfico – ao prescrever, para esse delito, penas ainda mais severas. Na resposta penal ao consumidor-doente, a “inovação” é dada pela possibilidade de dupla incriminação pelo mesmo fato, trazendo de volta o dispositivo abolido pela reforma penal de 1984. O artigo 27 da Lei nº 11.343/06¹⁰ agrega, para os casos tipificados como porte para consumo pessoal, pena restritiva de direito ou advertência e medida educativa, e prevê aplicação isolada ou cumulativa.

A possibilidade de o magistrado aplicar advertência verbal e prestações comunitárias ou qualquer destas hipóteses acrescida da medida educativa deflagra dupla incriminação pelo mesmo fato, em frontal ofensa ao princípio *ne bis in idem*. Importante lembrar ainda que esta estrutura de punição da Lei de Drogas agrega pena (restritiva de direito ou advertência) e medida (educativa) revive o sistema do duplo binário [...] a retomada à estrutura do duplo binário às modalidades de porte para consumo pessoal de drogas demonstra à exaustão os efeitos da perigosa associação, na esfera legislativa ou no plano discursivo (dogmático), entre consumidor e dependente. Em realidade, o sistema opera com dúplice pressuposição de periculosidade do usuário, mesmo eventual: (a) periculosidade social em face da possibilidade de expansão do consumo de droga para terceiros, afetando o bem jurídico saúde pública; b) periculosidade individual decorrente da percepção do consumidor como potencial dependente. Apenas neste quadro retórico é possível entender os excessos da dobra punitiva: pena retributiva à ofensa à saúde pública; (CARVALHO, 2010, p. 281-282).

¹⁰Art. 27. As penas previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas isolada ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

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

I – advertência sobre os efeitos das drogas;

II – prestação de serviços à comunidade;

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

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitalares, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I – admoestação verbal;

II – multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Tais medidas fortalecem o discurso psiquiátrico e jurídico, ou seja, criminalizam e patologizam o usuário, tiram-lhe sua condição de sujeito psíquico e de direitos, em função do caráter autoritário e reducionista que faz de todo uso uma prática nociva a ser punida sem convidar à responsabilização.

A legislação brasileira opera de modo contrário às legislações portuguesa e espanhola, nas quais o consumo não é criminalizado e foram estabelecidos parâmetros de diferenciação entre o porte para consumo e o tráfico.¹¹No caso português, determinou-se, de acordo com cada substância, uma quantidade equivalente ao consumo de dez dias como porte para consumo pessoal. A experiência portuguesa de descriminalização do uso de todas as drogas tem apresentado resultados positivos, de acordo com BOITEUX et al (2009). Além dessas experiências, merecem destaque as realizadas na Holanda, Alemanha e República Tcheca. É importante mencionar que nos Estados Unidos, protagonista da proibição, vinte estados já admitem o uso terapêutico de maconha e dois (Colorado e Washington) admitem o uso recreativo.

A promulgação da Lei nº 11.343/06 (em que pese haver dedicado um capítulo – Capítulo I, Título III– ao tema da prevenção, o que poderia indicar um avanço de perspectiva) deu continuidade, como já dito anteriormente, à ideologia da diferenciação e à criminalização das condutas relativas às drogas ditas ilícitas. Importante destacar que a ideologia da diferenciação não foi apenas mantida por essa lei, mas reforçada.

Sem dar margens a dúvidas, inscreve consumo e tráfico num mesmo capítulo: o das penas, no que repete, mas se diferencia da tradição, ou seja, mantém como crime o consumo, entretanto distingue-se das legislações anteriores ao reservar a ele punição diversa da prescrita ao comércio e à produção. Ressalta-se que a Lei nº 11.343/06, algumas vezes interpretada como descriminalizante, não tem esse alcance nem objetivo e propõe, tão somente, a descarcerização para as condutas relativas a consumo próprio. Quem “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo para consumo pessoal” e quem “semeia, cultiva ou colhe” para consumo pessoal pode receber da justiça punição diferente da privação de liberdade. E em caso de reincidência, o infrator receberá castigo dobrado, devendo cumprir, pelo dobro de tempo, a medida prescrita.

¹¹ A esse respeito, consultar ARANA, X. *Drogas: criterios objetivos de distinción legal. El caso de España y otros países de la EE.UU.* Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wordpress/?p=3144>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

O parágrafo 2º do artigo 28 determina que o juiz estabeleça a diferença quanto à destinação – se para consumo ou para comércio – da droga apreendida, recorrendo, para tanto, “à natureza e quantidade da droga apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente”. Um vazio de legalidade, como afirma Salo de Carvalho (2014, p. 196-197), que na prática abre a porta à seletividade, pois

embora o dispositivo seja destinado ao juiz, sabe-se que a primeira agência de controle que é habilitada ao exercício criminalizador é a policial. As guias normativas definem, pois, os critérios de interpretação dos agentes policiais e, posteriormente, judiciais. Não é necessária uma consistente base criminológica em perspectiva crítica para perceber que o dispositivo legal, ao invés de definir precisamente critérios de imputação, prolifera metarregras que se fundam em determinadas imagens e representações sociais de quem são, onde vivem e onde circulam os traficantes e os consumidores. Os mecanismos de interpretação que, no cotidiano dos estereótipos do “elemento suspeito” ou da “atitude suspeita”, traduzem importantes exercícios do poder de polícia, criminalizam um grupo social vulnerável muito bem representado no sistema carcerário: jovens pobres, em sua maioria negros, que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos.

Virgílio Mattos (2013, p. 160) confirma e esclarece esse ponto quando diz:

Se fica a cargo do magistrado a determinação sobre a destinação da droga – consumo pessoal ou tráfico –, tendo em vista a natureza e quantidade da substância, quase sempre o olhar preconceituoso tende para a classificação como tráfico e não como consumo pessoal. Se em um bairro de periferia as condições e circunstâncias sociais e pessoais, como diz a lei, de seus moradores prestam-se mais ainda ao preconceito e às mistificações, mormente se a substância for o *crack*.

Apresentando vazios de legalidade em determinados pontos, e dobras noutros, como é o caso da tipificação das condutas de porte e tráfico, cujos verbos nucleares dos tipos penais são os mesmos. Uma dobra para permitir maior punição, e mais: fomentou “a construção político-criminal da categoria do inimigo”. (CARVALHO, 2010, p. 296).

O arcabouço teórico da lei é dado, segundo Salo de Carvalho (2010), pelo tripé no qual se articulam as concepções do Movimento de Lei e Ordem, a Ideologia da Defesa Social e, secundariamente, a Ideologia da Segurança Nacional, esta renovada pela tese do direito penal do inimigo. Importante mencionar que o Movimento de Lei e Ordem surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos como resistência aos movimentos de contracultura e porta-voz dos princípios éticos, morais e cristãos da sociedade ocidental e, desde o seu surgimento, buscou pautar mudanças legislativas na área criminal, dando destaque à droga.

Identificados à direita punitiva, os movimentos de lei e ordem concebem o crime como patologia e o criminoso como um ser daninho à sociedade.

Instrumentalizados pela mídia, transmitem ao senso comum do homem de rua estado de perigo constante e iminente, apenas excluído pela ação profilática dos aparatos do Estado Penal. Desta maneira, veem na ampliação do espectro punitivo, na flexibilização das regras processuais e na implementação de penalidades severas o instrumento eficaz para conter a ação dos criminosos que ousam desrespeitar a harmonia social (CARVALHO, 2010, p. 39).

5.2 Direito penal do inimigo e guerra às drogas: a aniquilação do outro

Günter Jakobs (2008), um dos principais formuladores desta proposta, define o direito penal do inimigo em oposição ao direito penal do cidadão. Assim, se ao segundo cabem o reconhecimento e o respeito à sua condição de sujeito político de direitos, no direito penal do inimigo, tal condição e os direitos inerentes a esta encontram-se negados. O inimigo é uma não pessoa, um resto incômodo e eliminável.

Importante dizer que, com essa tese, Jakobs (2008) busca responder, mas, sobretudo, justificar o terrorismo de Estado como contestação ao horror provocado pelos desdobramentos do atentado de 11 de setembro de 2001 nos Estados Unidos. Sua tese visa a legitimar, em especial, a intervenção estadunidense no Iraque.

Zafaroni (2007), na consistente e bela crítica à tese de Jakobs (2008), mostra que este retoma um conceito sempre presente na teoria do direito penal: o inimigo.

O vocabulário [diz Zafaroni] é seu melhor acerto, pois sua terminologia põe em apuros todo o penalismo, dado que, ao resgatar e tornar explícito o conceito de inimigo ou de estranho e seu inevitável caráter de não pessoa, ele desnudou o fenômeno e, com isso, a má consciência histórica do direito penal (ZAFARONI, 2007, p. 158).

Zafaroni (2007, p. 159) indica que Jakobs (2008) busca responder, com o terrorismo de Estado, ao terrorismo ao qual o atentado de 11 de setembro deu substância e rosto definido. A tese proposta evidencia uma contradição de base, posto que a simples ideia do inimigo no Estado de Direito representa uma quebra do mesmo, ou o abandono de seus princípios. A este estudo interessa captar a articulação desse conceito e sua presença sensível no contexto da guerra às drogas.

Associação que se pode verificar na afirmativa de Jakobs (2008, p. 35, grifo nosso), quando este inclui, entre os inimigos sociais, aqueles envolvidos com as drogas. Sua afirmativa é clara:

[...] Pretende-se combater, em cada um destes casos, a indivíduos que em seu comportamento (por exemplo, no caso dos delitos sexuais), em sua vida econômica (assim, por exemplo, no caso da criminalidade econômica, **da criminalidade relacionada com as**

drogas e de outras formas de criminalidade organizada)[...] se tem afastado, provavelmente, e de maneira duradoura, ao menos decidido, do Direito, isto é, que não proporciona garantia cognitiva mínima necessária a um tratamento como pessoa. A reação do ordenamento jurídico, frente a esta criminalidade, se caracteriza, de modo paralelo à diferenciação de Kant entre estado de cidadania e estado de natureza [...], pela circunstância de que não se trata, em primeira linha, da compensação de um dano à vigência da norma, mas da eliminação de um perigo.

Salo de Carvalho (2010, p. 76) nos diz que

a inevitável ampliação do conceito de inimigo, ao ultrapassar o marco dos integrantes de grupos terroristas para agregar as demais organizações criminosas, fornece condições de expansão das malhas de punitividade a partir da radical ruptura com os sistemas de garantias constitucionais.

O inimigo, de acordo com Zafaroni (2007, p. 22), é uma constante no direito penal. Uma constante, entretanto, incompatível com o Estado de Direito. Originário do direito romano, esse conceito

bem preciso de inimigo remonta à distinção romana entre o *inimicus* e o *hostis* – mediante a qual o *inimicus* era o inimigo pessoal, ao passo que o verdadeiro inimigo político seria o *hostis*, em relação ao qual é sempre colocada a possibilidade de guerra como negação absoluta do outro [...] o estrangeiro, o estranho, o inimigo, o *hostis*, era quem carecia de direitos em termos absolutos, quem estava fora da comunidade.

Subdividido em *hostis alienígena* (o estranho, o insubordinado ou aquele que incomoda ao poder) e *hostis judicatus* (o inimigo político, o dissidente, o inimigo declarado, definido enquanto tal pelo poder de plantão), Zafaroni (2007) alerta que o conceito de inimigo introduz, de contrabando, a dinâmica da guerra no Estado de Direito e o conduz ao Estado absoluto.

A alucinação de uma guerra, lembra-nos Zafaroni (2007), é a estratégia de legitimação do poder punitivo ilimitado e é sustentada pelo medo provocado pela deflagração de uma nova emergência. Emergências, por seu lado, são ameaças que atingem a todos, demandam uma guerra e individualizam um inimigo. Satã e as bruxas inauguraram a série que atravessou os séculos e, a cada momento histórico, captura e atribui tal condição a alguns. Assim como a mítica figura da bruxa medieval, capaz de suscitar medos e preconceitos, o terrorista e o narcoterrorista – conceituação imprecisa como já demonstrado por Del Olmo (1990) – encarnam séculos depois a mesma função que a Idade Média delegou a mulheres, hereges e dissidentes: a de inimigos sociais (ZAFARONI, 2007; ESCOHOTADO, 2004). A admissão da ideia de inimigo encontra no Estado de Direito uma contradição, posto que, ao contrário da lógica que orienta esse modelo de Estado (o respeito aos direitos fundamentais), a noção de inimigo filia-se ao Estado absoluto e sua lógica vingativa.

Diferentemente de toda e qualquer ilusão ontológica e essencialista acerca do inimigo, do sujeito perigoso, Zafaroni (2007) demonstra que se trata de uma adjetivação, uma qualificação posta, pelo direito, sobre o corpo de alguns sujeitos, que os anula, ou seja, os mata!

A construção da categoria de sujeito perigoso dá à justiça, como aponta Foucault (2002), o direito de matar. E se, na prática, como veremos mais à frente, legitima o poder do Estado de execução física de alguns sujeitos, comporta ainda outra forma de letalidade: a subjetiva. Ao reduzir o sujeito à condição de coisa, destitui-ode sua humanidade e torna-o inimputável, ou seja, incapaz de responder pelos atos cometidos. As medidas de segurança, sanção penal aplicada ao portador de sofrimento mental, são apontadas por Zafaroni (2007) como exemplo da permanência da ideia de inimigo no direito penal.

Interditar o direito de alguém de responder por si não é medida humanizada, nem humanista, ao contrário, é decisão autoritária e desumanizadora. Lacan (1950, p. 127) diz a esse respeito “que o homem se [faz] reconhecer por seus semelhantes pelos atos cuja responsabilidade ele assume”.

Althusser (1992, p. 29), ao reconstruir a resposta ao homicídio que cometera, define com uma metáfora o alcance dessa sanção. Ele nos diz que esta faz do sujeito um “morto-vivo, ou melhor, nem morto nem vivo [...] figurando, de fato, arrisco o termo, na rubrica dos sinistros saldos e de todas as guerras e de todas as catástrofes do mundo: o saldo dos desaparecidos”.

Tal condição é longamente conhecida pelo campo da saúde mental, que em Belo Horizonte ensejou, no ano 2000, uma resposta até então inédita: o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), do Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Como a análise desse programa, o fundamento, lógica e aplicação das medidas de segurança, assim como os possíveis usos desse instrumento para responder à atual questão das drogas transcendem os limites desta pesquisa, recortamos, contudo, desse conjunto de questões práticas e conceituais, o dado singular e inédito que o caracteriza e que esse programa introduz no campo jurídico e clínico: a subversão que se opera ao abrir espaço para a(s) resposta(s) subjetiva e jurídica de cada caso,

a possibilidade de responder pelo crime cometido é uma condição humanizante, um exercício de cidadania que aponta para a responsabilidade e para a capacidade do sujeito de se reconhecer como parte de um registro normativo que serve para todos [...] a sentença de inimputabilidade decretada a um cidadão e a conseqüente presunção de periculosidade é a mais violenta violação dos direitos humanos em vigor nestes tempos que correm (BRISSET-BARROS, 2010, p. 36,48).

A periculosidade atribuída, em especial, ao traficante, condição que o qualifica como inimigo social, é o ponto de aproximação entre duas experiências: a dos sujeitos envolvidos com as drogas e os loucos. Mas retornemos ao direito penal e sua intrínseca seletividade.

O sistema de justiça penal, como nos alerta Pavarini (2012, p. 171),

no seu efetivo operar seletivo, recruta, trata e pune como inimigos só ou predominantemente aqueles que, enquanto assim selecionados, tratados e punidos, são construídos socialmente como inimigos[...] a função latente do sistema de justiça penal é prevalentemente aquela da transformação dos transgressores da norma penal em criminosos, isto é, em sujeitos perigosos e, portanto, em inimigos. O Direito Penal efetivo, ou seja, da prisão, é sempre, nos fatos, um sistema de produção e exclusão de inimigos.

5.3 Privação de liberdade: mecanismo da sociedade disciplinar

A prisão, pena das sociedades civilizadas, de acordo com Foucault (1986), nasce de uma justiça que se afirma igual e de um aparelho judiciário que se pretende autônomo, mas que está investido das assimetrias das sujeições disciplinares. Profundamente arraigada na cultura, essa forma de punição torna-se, rapidamente, óbvia, ainda que, desde o seu surgimento, seja sempre criticada. Crítica que revela um monótono exercício de pensamento ao prescrever, sempre, a mesma resposta, a saber: a si mesma como o remédio para seus males.

Dispensando os castigos físicos, os suplícios, essa sombria região do aparelho de justiça – a prisão, é o local onde o poder de punir, que não ousa mais se exercer com o rosto descoberto, organiza silenciosamente um campo de objetividade em que o castigo poderá funcionar em plena luz como terapêutica e a sentença se inscrever entre os discursos do saber (FOUCAULT, 1986, p. 227).

Foucault (1986) sustenta ainda, assim como o fez na *História da loucura na Idade Clássica*¹², a respeito do surgimento da psiquiatria, que essa invenção da era moderna marca o nascimento de outro campo de saber sobre o humano: a psicologia. Do exercício de constante vigilância e normalização dos corpos, extrai-se a constituição de um saber também normalizado e normalizador.

A recorrente conclusão relativa ao fracasso da prisão em reduzir os crimes, provocar a reincidência e fabricar a delinquência, oculta seu êxito: a produção da delinquência como ilegalidade fechada, separada, útil e subordinada.

¹²FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

A delinquência, ilegalidade dominada, é um agente para a ilegalidade de grupos dominantes [...]A prisão fabrica delinquentes, mas os delinquentes são úteis tanto no domínio econômico como no político (FOUCAULT, 1986, p. 217, 246).

E assim como, no século XIX, foi a prostituição sua forma característica,

os tráficos de armas, os de álcool nos países de lei seca, ou mais recentemente os de droga mostrariam da mesma maneira esse funcionamento da delinquência útil; a existência de uma proibição legal cria em torno desta um campo de práticas ilegais, sobre o qual se chega a exercer controle e a tirar um lucro ilícito por meio de elementos ilegais, mas tornados manejáveis por sua organização em delinquência. Este é um instrumento para gerir e explorar as ilegalidades (FOUCAULT, 1986, p. 246).

O poder punitivo tem modo de organização próprio, não se destinando a suprimir as infrações, mas, tão somente, a distingui-las e distribuí-las numa tática geral das sujeições, convertendo a justiça em instrumento de controle diferencial das ilegalidades – traço estrutural do exercício do poder em todos os sistemas penais, conforme Zaccone (2011).

Dividido entre criminalização primária (aquela que é exercida pelo poder legislativo quando este estabelece, na elaboração e aprovação de leis penais, quais condutas são tipificadas como crime e quais punições lhes serão impostas) e criminalização secundária (a que é exercida sobre as pessoas por meio da ação das agências de segurança pública e justiça), o poder punitivo penal realiza, em sua prática cotidiana, uma seleção daqueles que responderão pela conduta definida como crime, pois, frente à incapacidade de punir todas as condutas ilícitas, deve escolher entre nada fazer e deslegitimar-se socialmente, elegendo, na sociedade, alguns para serem punidos. Zafaroni (2007, p. 130) afirma que

o sistema penal atua sempre seletivamente e seleciona de acordo com estereótipos fabricados pelos meios de comunicação de massa. Estes estereótipos permitem a catalogação dos criminosos que combinam com a imagem que corresponde à descrição fabricada, deixando de fora outros tipos de delinquentes (delinquência de colarinho branco, dourada, de trânsito, etc.).

E nesse processo seletivo, a adequação dos sujeitos ao tipo ideal e imaginário do criminoso, ao estereótipo, tem peso, ressoa e produz destinos.

5.4 O grande encarceramento do século XXI: razões de sua expansão

No ano de 1973, os Estados Unidos registraram a mais baixa população carcerária. Uma tendência já apresentada desde 1960 de redução de cerca de 1% ao ano. A reviravolta que esse contingente sofreu a partir daquele ano foi tão surpreendente quanto espetacular.

O mesmo país que chegou a propor medidas de desencarceramento, segundo Wacquant (2013, p. 207), protagonizou, desde 1973, uma mudança de curso que o conduziu ao topo do ranking em número de pessoas encarceradas. “Se fosse uma cidade, o sistema carcerário estadunidense seria a quarta maior metrópole do país.” E exercendo influência para além de suas fronteiras, passa a liderar o grande encarceramento a partir do final do século XX e a exportar tal solução para os demais países.

Na análise que faz sobre esse fenômeno nos Estados Unidos e seu reflexo na Europa, Wacquant (2013) o situa como uma resposta da minimização do Estado promovida pelo neoliberalismo. Comparando a narrativa pública sobre segurança com a narrativa da pornografia, destaca que em ambas a dimensão do espetáculo é uma finalidade: é preciso exhibir e fazer ver, é necessário ritualizar as cenas, daí o seu caráter repetitivo, mecânico e previsível. Alçada ao posto de problema número um das sociedades modernas, a segurança pública visa, ao mesmo tempo em que nutre, responder ao difuso sentimento de insegurança, cujas raízes não são dadas pelo crime, mas pelas transformações decorrentes do mundo do trabalho e da reconfiguração do Estado.

A tese defendida por esse autor pode ser resumida por sua bela e crua metáfora para a contemporaneidade, quando nos diz que, no neoliberalismo, a mão invisível do mercado é prolongada e complementada pelo punho de ferro do Estado Penal, que se amplia para controlar as desordens geradas pela insegurança social. É, portanto, nesse contexto que a “prisão retorna ao primeiro plano da cena societal, muito embora os eminentes especialistas da questão penal tivessem sido unânimes em prever, há apenas trinta anos atrás (sic), o seu declínio e mesmo o seu desaparecimento”. (WACQUANT, 2013, p. 32).

Joel Birman (2014, p. 68), concordando com Wacquant (2013), diz que o neoliberalismo se

constitui numa modalidade específica de sociedade não só articulada a, como também regulada politicamente por um Estado penal. A sociedade neoliberal pretendeu reduzir a sociedade à escala do mercado, desconsiderando prerrogativas do Estado previdência, em prol de um Estado mínimo.

Apontando como eixo da mudança a percepção social sobre a criminalidade, Wacquant (2013, p. 225-6) afirma que tal mudança não decorreu de uma transformação na criminalidade, nem na ciência criminal ou na eficácia do aparato repressivo.

O que mudou durante este período não foi a natureza e a frequência da atividade criminosa, mas sim a atitude dos poderes públicos – e da classe média branca que constitui o grosso dos contingentes eleitorais – para com o proletariado e o subproletariado negro, escolhidos

para se constituírem no principal alvo e junto aos quais o Estado penal se encarrega de reafirmar os imperativos cívicos do trabalho e da moralidade com tão mais vigor, que a precarização do emprego e a contração da caridade do Estado os colocam cada vez mais vulneráveis [...] reencontrando a missão que era sua em suas origens históricas, a instituição carcerária serve, doravante, como principal instrumento da gestão da miséria na América.

Os despossuídos – os jovens desempregados, moradores de rua e usuários de drogas – tornaram-se evidentes e representantes da insegurança social. Uma encarnação viva e ameaçadora de tal insegurança, produzida pela transformação no mundo do trabalho. Ao destruir direitos trabalhistas em nome do imperativo da concorrência, o neoliberalismo lançou e lança, ainda, as classes trabalhadoras à insegurança social, atribuindo, de modo cruel, a elas a responsabilidade por suas condições.

Locomotiva do projeto neoliberal, os Estados Unidos, entretanto, não se contentaram em influenciar os demais países apenas em relação ao mercado e à economia, buscando exportar também suas teorias e propostas para o campo da segurança pública. Ao fomentar a constituição de um pensamento único também nessa seara, levou à superação do consenso estabelecido no pós-guerra e ratificado em documentos e convenções, no qual se afirma que “a privação de liberdade deve ser utilizada de modo restritivo” (WACQUANT, 2013, p. 50), e produziu mudanças na realidade carcerária em domínios além do seu território.

Tendo implantado uma versão particular do Estado de Bem-Estar Social, esse país dá à política social o formato de ação caritativa, cujo objetivo, nos diz Wacquant (2013, p. 87), “não é estreitar laços sociais, e ainda menos reduzir as desigualdades, mas, na melhor das hipóteses, mitigar a miséria mais gritante e manifestar a simpatia moral da sociedade para com os seus membros despossuídos”. Esse modelo de Estado é classificado por Wacquant (2013) como caritativo, pois opera com os benefícios sociais para as populações vulneráveis de modo fragmentado, limitado e isolado, mas, sobretudo, ancorados em uma concepção moral da pobreza. Esta, por sua vez, é tratada como resultante da ação do indivíduo e não como efeito de um modelo de sociedade dividida em classes e desigual.

Esse embrião de *Welfare State*, na ascensão do neoliberalismo, é desmontado e assume uma forma nova, um modelo híbrido. Nem protetor, nem mínimo e tampouco intervencionista. Mas um *Estado-centauro*, uma engrenagem que se orienta por uma cabeça liberal assentada sobre um corpo autoritário e é social com o topo da pirâmide e punitivo com a base.

Foi como reação ou resposta às demandas dos movimentos pelos Direitos Civis, ocorridos na década de 1960, que o incipiente Estado de Providência estadunidense foi progressivamente substituído, peça a peça, pelo Estado Penal e policial,

para o qual a criminalização da marginalidade e a contenção punitiva das categorias deserdadas fazem às vezes de política social na extremidade inferior da estrutura de classe e étnica.(WACQUANT, 2013, p. 86).

Esta escolha política produzirá – entre os anos de 1970 e 1990– um aumento de 442% da população carcerária estadunidense, que passará de 200 mil detentos para mais de um milhão (1.084.000), como aponta Wacquant (2013). Atualmente, esse contingente apresenta a impressionante cifra de 2,2 milhões de pessoas presas, e é a maior população carcerária do mundo, de acordo com dados do Centro Internacional de Estudos Penitenciários, do King’s College, no Reino Unido.¹³

Um dos elementos dessa expansão, afirma Wacquant (2013), foi a política de drogas estadunidense, que, ao expandir a prisão, reafirmou o racismo daquela sociedade, evidenciado no perfil da população carcerária, formada, em sua imensa maioria, por negros e hispânicos.

A declaração de guerra às drogas, é importante ressaltar, ocorre num momento de declínio do seu consumo nos Estados Unidos e funciona como álibi para a expansão da malha punitiva, sobretudo, a partir de 1983.

Punindo com excessivo rigor a criminalidade de rua, onde o comércio varejista da droga ocorre, e perdoando os “crimes de colarinho branco”, a justiça penal seleciona e manda para as prisões, negros, pobres e moradores de rua por períodos cada vez maiores, e a instituição carcerária reencontra sua vocação primeira: a de gestão da miséria. O tráfico de drogas figura, nas estatísticas do sistema prisional estadunidense, como o primeiro delito na lista dos crimes cometidos pelos que são encarcerados, representando 29% do total de presos. “Por toda a parte, as cadeias tombam sob o peso dos corpos que um aparelho policial e judiciário, tomado de um apetite devorador, despeja sobre elas.” (WACQUANT, 2013, p. 217).

Esse fenômeno, que faz dos Estados Unidos o líder mundial em encarceramento, produziu, além da massa de excluídos, um novo mercado. Uma rede de profissionais que atuam nas prisões, o mercado da construção dos presídios, e, por fim, as prisões privadas. O papel exercido pelo setor carcerário pode ser avaliado quando se identifica ser este o terceiro empregador do país, o que revela, de modo cristalino, que a opção pelo encarceramento não

¹³ Essa pesquisa pode ser acessada no site <<http://www.prisonstudies.org/>>.

significa redução de custos. Mas, apenas e tão somente, a redução de investimentos sociais e a opção por responder às questões sociais com o cárcere, que funciona, como metáforiza Wacquant (2013), como aspirador social dos restos sociais que traga e expelle os que não encontraram lugar na ordem mundial orientada pelo mercado.

A regulação dos conflitos, antes feita pelas políticas sociais, é agora respondida pela criminalização das condutas e pelo julgamento moral da miséria. O processo de criminalização das drogas – em escala até então desconhecida – participa do alargamento da ideia de periculosidade. Bauman (1998) afirma que passamos das *classes perigosas* do século XIX para *as classes criminosas* no século XXI. Enquanto para o século XIX o inimigo era encarnado pelos revolucionários, na sociedade de consumo, o perigo e a ameaça são encarnados pelos *consumidores falhos*, aqueles

cujos meios não estão à altura dos desejos. Seu isolamento em guetos e sua incriminação, a severidade dos padecimentos que lhes são aplicados, a crueldade do destino que lhes é imposto, são as maneiras de exorcizar tais demônios interiores e queimá-los em efígie. **As margens incriminadas servem de esgotos para onde os eflúvios inevitáveis, mas excessivos e venenosos, da sedução consumista são canalizados**(BAUMAN, 1998, p. 57, grifo nosso).

Wacquant (2013) e Bauman (1998) apontam que o aumento do encarceramento não decorre de um crescimento da criminalidade, sendo, na verdade, consequência da insegurança social, gerada pelo desmantelamento das redes de proteção social do Estado de Bem-Estar Social.

Os anos de desregulamentação e desmantelamento dos dispositivos de bem-estar referindo-se à era Reagan, “foram também os anos de criminalidade ascendente, de força policial e população carcerária cada vez maiores. Foram também anos em que uma sorte cada vez mais sangrenta e espetacularmente cruel precisava ser reservada àqueles declarados criminosos, para corresponder aos aceleradamente crescente medos e ansiedades, ao nervosismo e à incerteza, raiva e fúria da maioria silenciosa, ou não tão silenciosa, de consumidores ostensivamente bem-sucedidos. (BAUMAN, 1998, p. 58)

E transcendendo a prisão, o poder punitivo nos Estados Unidos mantém, sob vigilância e tutela penal, cerca de 3% de sua população adulta.

Inserido nesse contexto mundial que privilegia o encarceramento maciço dos pobres e da massa incontável dos *sem-nada*, como o Brasil responde à questão? Ou como droga, miséria e cárcere se articulam ou não em solo pátrio?

Resta claro, a partir do percurso analisado sobre as legislações nacionais relativas a drogas, que nossa resposta, nessa seara, seguiu os ditames estadunidenses. Nossas leis moldaram-se ao projeto bélico e inscrevem as condutas relativas às drogas: uso, comércio e produção, no

campo dos delitos. E, repetindo erros históricos, superdimensiona a questão, tratando-a com alarme e como elemento constitutivo do sentimento de insegurança. Contudo, faz-se necessário conhecer os impactos que a criminalização de tais condutas produziu sobre o sistema carcerário brasileiro. Seguiríamos, nesse ponto, a perspectiva estadunidense?

5.5 A criminalização da produção e do comércio de drogas: um retrato da exclusão

Investigando a aplicação do artigo 33 da Lei nº 11.343/06, Luciana Boiteux et al (2013) detectam um crescimento igualmente vertiginoso da população carcerária no Brasil e, assim como nos Estados Unidos, o tráfico de drogas é o delito que mais conduz ao cárcere.

Posicionados em quarto lugar no ranking do encarceramento, passamos, no curso de onze anos – entre 2001 e 2012 –, de um total de 233.859 pessoas presas para 548.003 (BOITEUX et al, 2013, p. 23) alcançando, em junho de 2013, a cifra de 574.027. As taxas de encarceramento, que em 2007 eram de 229,56 pessoas presas por 100 mil habitantes, evoluíram para 287,31/100 mil em 2012 e para 300,96/100 mil em junho de 2013. Do total mensurado em 2013, 36.237(32.759 homens e 3.478 mulheres) se encontram sob tutela das polícias judiciárias estaduais e cumprem penas em delegacias e presídios.

Em 2014 o Conselho Nacional de Justiça realizou levantamento sobre a população carcerária, apresentando em relatório final um total de 715.592 presos, sendo que, destes, 567.655 encontravam-se reclusos e 147.937, em cumprimento de prisão domiciliar (CNJ, 2014).¹⁴

Temos a maior população carcerária da América Latina, tanto em números absolutos quanto relativos. E o mais espantoso: todos os sinais apontam para a sequência desse vertiginoso aumento.

¹⁴Relatório disponível no site do CNJ:
<http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>.

TABELA1

Número de presos total por 100 mil habitantes

Ano	Presos	
	Total	Por 100 mil habitantes
2007	422.373	229,56
2010	496.251	259,17
2011	514.582	269,79
2012	548.003	287,31
Junho/2013	574.027	300,96

Fonte: INFOPEN. MJ,2015.

Ao estratificar a informação por tipo de delito cometido, verifica-se o aumento do encarceramento determinado pela conduta de tráfico. Esse delito assume a posição número um, “ao comparar esses anos (2005 a 2012), se verifica que o número de presos por tráfico mais do que triplicou no Brasil, onde se verificou um aumento registrado de 320,31% do número de presos por tráfico entre 2005 e 2012”. (BOITEUX et al, 2013, p. 24). Em 2005 os presos por crime de tráfico representavam 9,10% (eram 32.880 os presos por esse delito) do total da população carcerária. Já em 2012 passaram a representar 25,21% do total da população carcerária, totalizando 138.198 num universo de 548.003. O crescimento do número de presos por tráfico nesse período, afirmam Boiteux et al (2013), foi de mais de 111%.

A realidade encontrada em junho de 2013 se manteve estável em relação a dezembro de 2012 quanto ao percentual de presos por crime de tráfico, ou seja, os dados consolidados pelo Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) referentes ao último período não diferem do anterior, apresentando discreto crescimento. A falta de publicação dos dados relativos ao segundo semestre impede a análise quanto à tendência que, ainda que discreta, permaneceu ascendente no último período.

Em junho de 2013, o número total de presos, de acordo com dados disponíveis na página eletrônica do DEPEN, é de 574.027; cifra superior ao total de 2012. Do montante de 2013, 146.276 foram sentenciados à privação de liberdade em razão do crime de tráfico de drogas ilícitas, ou seja, 25,48% dessa população.

As estatísticas permitem concluir que o encarceramento por tráfico de drogas no Brasil, como afirmam Boiteux et al (2013), revela-se vertiginoso. Entre os anos de 2007 e 2012, o número de pessoas presas por esse delito cresceu, conforme análise feita pelos autores, 111%, ou seja, passou de um total de 65.494 em 2007 para 138.198 em 2012. A curva permaneceu ascendente em junho de 2013. O número de presos pelo delito de tráfico de drogas não somente continuou a crescer, mas também manteve sua posição no ranking dos crimes encontrados nos cárceres: o primeiro lugar, passando, em seis meses, de 138.198 presos por tráfico em 2012 para 145.797 em junho de 2013. O que corrobora a afirmativa de autores como Baratta (1988), Carvalho (2010), Zafaroni (2007) e Wacquant (2013) quanto ao nexo existente entre a política proibicionista e a expansão do encarceramento ocorrida nas últimas décadas. De modo similar aos Estados Unidos, a droga proibida funciona, na atualidade do sistema penal brasileiro, como argumento que conduz aos cárceres. O perfil sociodemográfico dessa população, assim como a análise feita por estudiosos como Boiteux (2009), Zaccone (2011) e outros permitem conhecer quem são os traficantes presos.

Analisando a organização do tráfico no Rio de Janeiro e em São Paulo, Boiteux et al (2009), após revisão bibliográfica sobre o tema, adotaram a seguinte classificação:

- a) Grande traficante: trata-se do atacadista da droga; aquele que na estrutura é capaz de adquirir grandes quantidades e que mantém relação com o tráfico internacional de drogas. “Nesse nível, o modelo organizacional do tráfico não passa pelo sistema de controle territorial, ou pelo monopólio da mercadoria ilícita por meio da violência.” (BOITEUX et al ,2009, p. 82).
- b) Médio traficante: equivale ao distribuidor local e trabalha tanto no atacado quanto no varejo; atua com “pequeno grau de violência, utilizando a corrupção, e não a força, para anular o trabalho policial”. (BOITEUX et al, 2009, p. 82).
- c) Pequeno traficante: varejista que revende pequenas quantidades aos microtraficantes.
- d) Microtraficante: último elo da rede de comércio; é o vendedor.

Boiteux et al(2013, p. 24) afirmam que

o que se verifica é que o crescimento do número de presos por tráfico continua superando de longe o percentual de crescimento em relação a todos os outros delitos [...] O número de presos por tráfico no Brasil quase dobrou em três anos, o que é bastante significativo. A razão para esse crescimento dos presos por tal delito nos últimos anos é atribuída à política repressiva prevista na Lei de Drogas de 2006. Esse fator explica o grande aumento no contingente carcerário, pois as pessoas condenadas por tráfico passaram a ficar mais tempo presas, além da hipótese de que muitos usuários possam estar sendo condenados por tráfico

pela nova lei, diante da falta de critérios claros de diferenciação entre tais condutas, como dados empíricos já indicaram.

Mas é preciso apontar duas dimensões do massivo encarceramento no país: além de vertiginoso, supera a capacidade real de aprisionamento, e utiliza, em larga escala, o recurso da prisão preventiva, mantendo nos cárceres milhares de presos sem condenação.

Ao sentenciarmos à prisão indivíduos em números superiores à capacidade do sistema prisional, como se pode constatar no Relatório do DEPEN¹⁵(2015), mantém-se e se agrava uma das piores marcas do sistema: a superlotação, crônica e degradante. O cumprimento de penas privativas de liberdade é realizado, no Brasil, em condições indignas e violentas, e associa à punição estabelecida pela lei o castigo degradante em corriqueiras violações de direitos, práticas de tortura, violência e corrupção.

Em junho de 2013, o Relatório do DEPEN informa que a capacidade do sistema carcerário era de 317.733 e o número total de presos era de 537.790. Uma diferença de 220.057 vagas, e expressão da lotação excedente. Ainda que se subtraia do total da população carcerária o número dos presos que cumprem penas em presídios e demais unidades da justiça estadual, que nesse período era de 36.237, o saldo encontrado revela um déficit de vagas igual a 183.820 em todo o país.

Além de conduzir e superlotar as prisões com os “traficantes” apanhados na peneira seletiva do sistema penal, a legislação brasileira impõe a eles maior tempo de reclusão. As alterações legislativas empreendidas por nossos legisladores optaram, até o momento, pelo recurso do aumento das penas e pela inscrição do delito de tráfico como crime hediondo e inafiançável.

O Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Penitenciário (CONGRESSO NACIONAL, 2009, p. 73)aponta que o perfil da população carcerária é, em sua maioria, constituído por presos com baixa escolaridade, 79% do total dos presos cursou até o ensino fundamental.A essa descrição é preciso acrescentar uma importante informação: eles não possuem ligação com o crime organizado e nem portavam armas no momento da prisão. Os presos pelo crime de tráfico são, majoritariamente, micro e pequenos traficantes, conforme categorização adotada por Boiteux (2009).

Os dados extraídos do Relatório do DEPEN (2015), relativo ao perfil sociodemográfico da população carcerária até junho de 2013, apresentado nas tabelas abaixo, revelam outra face da

¹⁵ Dados disponíveis no site <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/relatorios-estatisticos-analiticos>>.

exclusão social e confirma o argumento de Wacquant (2013) sobre a função real da prisão no contexto do neoliberalismo: resposta substitutiva à ausência de política social. O que se mostra válido para os Estados Unidos parece não diferir do que é vigente no Brasil.

TABELA2
Relação de presos por grau de instrução e sexo – Brasil – Jun. 2013

Grau de escolaridade	Presos		
	Homens	Mulheres	Total
Analfabeto	26.194	1.274	27.468
Alfabetizado	63.630	1.937	65.567
Ensino Fundamental incompleto	223.432	13.087	236.519
Ensino Fundamental completo	60.814	4.065	64.879
Ensino Médio incompleto	55.377	3.666	59.043
Ensino Médio completo	37.906	3.405	41.311
Ensino Superior incompleto	3.474	840	4.314
Ensino Superior completo	1.868	285	2.153
Ensino acima do Superior	99	20	119
Não informado	22.199	1.000	23.199
TOTAL	505.133	32.657	537.790

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015

O quadro acima revela que as mulheres representam 6% da população carcerária total, ou seja, desse universo, a maioria é constituída por homens. Em relação à escolaridade, vemos que as categorias analfabeto, alfabetizado e Ensino Fundamental incompleto, para homens e mulheres, correspondem aos percentuais mais elevados. No caso dos homens, quando somados os valores relativos às três categorias, encontramos 313.256, ou o equivalente a 62% do total de presos; e no caso das mulheres, as três categorias, quando somadas, totalizam 27.434 ou o equivalente a 49,9% desse universo.

E se acrescentarmos a esse somatório os valores referentes à população que cursou o Ensino Fundamental completo, condição em que se encontra, tanto para homens quanto para mulheres, um expressivo número, a situação encontrada é ainda mais grave.

Entre os homens, 60.814 ou 12% do total de homens presos cursaram até o Ensino Fundamental e entre as mulheres, encontramos o total de 4.065 (ou 12,4%), para as quais o acesso à educação se limitou a essa etapa. Somados aos valores acima, que expressam a falta de acesso (caso dos analfabetos), uma baixa escolaridade (percentuais dos alfabetizados) e os que cursaram alguns anos do Ensino Fundamental, encontramos, para os homens, um total de 374.070 ou cerca de 70% dos homens presos, e entre as mulheres, o valor de 31.499 ou cerca de 90%.

Percebe-se, dos dados expostos, que, à medida que aumenta o acesso à educação, diminui o número de presos, ou seja, a escolarização parece ser um fator de proteção à prisão.

TABELA 3
Relação de presos por faixa etária– Brasil – Jun. 2013

Faixa etária	Presos		
	Homens	Mulheres	Total
18 a 24 anos	141.259	7.415	148.674
25 a 29 anos	118.492	6.489	124.981
30 a 34 anos	90.305	5.301	95.606
35 a 45 anos	81.571	6.256	87.827
46 a 60 anos	29.164	2.627	31.791
Mais de 60 anos	5.012	321	5.333
Não informado	4.455	648	5.103
TOTAL	505.133	32.657	537.790

Fonte: INFOPEN. MJ,2015.

Os condenados à pena de privação de liberdade, em sua maioria, são jovens.¹⁶

Do conjunto de presos, 141.259 homens e 7.415 mulheres encontram-se na faixa etária compreendida entre 18 e 24 anos de idade e representam, respectivamente, 27,96% e 22,7%.

¹⁶ Cabe esclarecer as diferentes interpretações do conceito de juventude adotado pelas instituições. Para a OMS, OPAS e MS, a adolescência é a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos e a juventude entre 15 e 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende como adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos. De acordo com o ECA, os adolescentes são inimputáveis penalmente e respondem por medidas socioeducativas estabelecidas por esse estatuto, entre as quais estão as medidas de internação.

É preciso mencionar ainda o número de adolescentes privados de liberdade no país. Estes eram, em novembro de 2013, 23.066, sendo que 15.221 cumpriam medida de internação; 5.573, internação provisória; e 2.272 encontravam-se em regime de semiliberdade.¹⁷

Do total de adolescentes cumprindo medida de internação, o delito de tráfico comparece como segundo no ranking das infrações cometidas. O levantamento não apresenta dados relativos a raça/cor, escolaridade e procedência, o que impede elaborar o perfil dessa população e conhecer a distribuição dessa realidade pelo país, posto que o levantamento não desagrega os dados por unidade da federação.

Alguns estudiosos vêm analisando o encarceramento juvenil no país. Destacam-se, entre outros, os trabalhos de Adorno (1999), Neri (2009), Alvarez et al. (2009) e Malart (2014), os quais apontam que, mesmo em face de uma legislação específica – o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – e do estabelecimento de mecanismos diferenciados de punição dos atos infracionais,

na prática o que se revela são instituições corretoras com ideologias e práticas muito semelhantes às das unidades penitenciárias de adultos, que encarceram um perfil específico de adolescentes. Portanto, apesar da existência do ECA, há uma tendência de recrudescimento das medidas punitivas sobre a população juvenil, nos mesmos moldes que ocorre atualmente com as políticas punitivas dirigidas aos adultos (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015, p. 12).

Em idade produtiva, de acordo com parâmetro adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, os que têm entre 15 e 65 anos de idade, ativos ou não, temos 99,1% dos homens e 98% das mulheres presas, totalizando 500.678 homens e 32.009 mulheres.

¹⁷ Dado extraído do Levantamento Preliminar de 2013, site da SDH/PR.

TABELA 4
Relação de presos por raça/cor –Brasil – Jun. 2013

Raça/Cor	Presos		
	Homens	Mulheres	Total
Branca	166.146	9.991	176.137
Negra	81.699	4.612	86.311
Parda	208.144	13.260	221.404
Amarela	2.631	124	2.755
Indígena	713	50	763
Outras	10.808	719	11.527
TOTAL	505.133	32.657	537.790

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015

Quando observamos o critério raça/cor, percebemos que os homens negros¹⁸ e os pardos correspondem a 289.843 e as mulheres negras e pardas, a 17.872. Somados os valores referentes a homens e mulheres negros e pardos, encontramos um total de 307.715, o que corresponde a 57,2% do total dos presos, evidenciando uma predominância de indivíduos negros em relação às demais categorias raciais. Tal fato é verdadeiro tanto para os homens como para as mulheres.

Homens brancos totalizam 166.146 (32,9%) e mulheres brancas, 9.991 (30,6%). Amarelos e indígenas constituem os percentuais mais baixos dessa população, sendo 2.631 homens amarelos (0,5%) e 713 indígenas (0,1%). Entre as mulheres, 124 se declararam amarelas (0,4%) e 50, indígenas (0,1%).

O relatório traz um item, dentro do critério raça/cor, denominado “outras”, e os que foram classificados nessa categoria totalizam 11.527, sendo 10.808 homens e 719 mulheres. A presença dessa informação poderia apontar para uma baixa qualidade do preenchimento da variável raça/cor, contudo não há nenhuma outra informação que permita qualificar esse dado. É importante esclarecer que esse item não se confunde com o número de presos estrangeiros ou brasileiros naturalizados. Os estrangeiros são: 2.464 homens e 727 mulheres, e os brasileiros naturalizados se dividem entre 546 homens e 401 mulheres.

¹⁸Cabe salientar, para efeito de compreensão do dado, que mantivemos a classificação utilizada pelo INFOPEN relativa ao critério raça/cor, mas tal classificação diverge da adotada pelo IBGE, outros institutos e órgãos públicos, que adotam a definição de negro como o somatório dos que se declaram pardos e pretos.

A distribuição de pretos e pardos na população em geral, de acordo com os dados do Censo Populacional de 2010 do IBGE, corresponde a 50,7%. Desse percentual, 7,6% se declararam negros e 43,1%, pardos. Os que se afirmaram brancos representam 47,7% do total da população. Indígenas e amarelos representam 1,5%, sendo 0,4% os primeiros e 1,1% os últimos. Ou seja, a representação da população negra e parda no cárcere – 57,2% – é superior à sua representação na população em geral.

TABELA 5
Relação de presos por procedência – Brasil – Jun. 2013

Procedência	Presos	
	Homens	Mulheres
Área urbana/município interior	159.820	9.599
Área urbana/região metropolitana	207.473	12.002
Zona rural	14.820	911
TOTAL	382.113	22.512

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015.

Nota: O relatório apresenta uma discrepância de valores referentes à distribuição da população masculina. A totalização dos valores referentes aos homens apresenta uma diferença de 630 indivíduos, ou seja, a soma dos valores apresentados corresponde a 382.113 e não 382.743, como apresentado no relatório. Além disso, traz outra diferença não explicada entre a soma dos valores desse indicador e o somatório total da população carcerária. A soma dos valores que compõem esse indicador totaliza 404.625 como valor da população carcerária, o que difere do total expresso nos outros indicadores (537.790) em 133.165.

As regiões urbanas – interior ou região metropolitana – respondem pelo maior número total da população carcerária. A prisão, forma moderna de punição, é correlata do processo de urbanização e implantação do capitalismo. A burguesia, buscando fragilizar o poder da antiga classe dominante – nobreza e clero –, encontrou na redução do poder punitivo, uma saída. Zafaroni (2007, p. 44-45) afirma que

era necessário domesticá-los – os indesejáveis, para a produção industrial e neutralizar os resistentes. [...] a solução encontrada foi o encarceramento em prisões com altas taxas de mortalidade. Dito de outro modo, embora a prisão tenha substituído, em muitos casos, a morte e formalmente tenha-se convertido na coluna vertebral do sistema penal, ela significava uma verdadeira pena de morte aleatória nas metrópoles, da mesma forma que a pena de deportação.

Isso se traduziu não só numa mudança discursiva, mas também operativa do sistema penal. Sem deixar de ser seletivo, o direito penal passou a ser funcional ao novo modelo de produção. Reservando a pena capital aos crimes graves e aos dissidentes, restava-lhe

encontrar a medida punitiva para equacionar o problema posto pelas aglomerações urbanas e pelos indesejáveis, cuja presença tornou-se, em consequência da urbanização, maior. A esse respeito Foucault (FOUCAULT, 2012, p. 32-33) nos lembra que

o Antigo Regime arrastava com ele centenas e milhares de regulamentos nunca aplicados, direitos não exercidos pelas pessoas, regras às quais as massas escapavam. [...] havia entre a legalidade e a ilegalidade uma perpétua transação que era uma das condições de funcionamento do poder naquela época. Na segunda metade do século XVIII, esse sistema de tolerância mudou. As novas exigências econômicas, o medo político dos movimentos populares [...] tornaram necessário outra delimitação da sociedade. Foi preciso que o exercício do poder se tornasse mais fino, mais ajustado [...] uma tecnologia do poder apurado e cotidiano, do poder sobre os corpos. A prisão é a figura última dessa era das disciplinas.

5.6 Um retrato do encarceramento mineiro

A análise dos dados estaduais sobre a população carcerária, extraídos do Relatório do DEPEN,¹⁹ aponta que, em junho de 2013, o estado de Minas Gerais tinha um total de 54.314 pessoas presas. Destas, 51.275 eram homens e 3.039 eram mulheres. A população total do estado, informada pelo DEPEN, era de 19.595.309 e a taxa de presos por 100 mil habitantes foi de 277,18%.

Ressalta-se que a capacidade do sistema prisional era de 31.634 indivíduos, o que revela haver no estado, assim como ocorre no país, uma superlotação.

Com relação ao sexo e à faixa etária, temos a distribuição apresentada no quadro abaixo

¹⁹ Relatórios Estatístico-Analíticos do Sistema Prisional Brasileiro, disponíveis em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisional/relatorios-estatisticos-analiticos>>.

TABELA 6

População carcerária por faixa etária e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013

Faixa etária	População carcerária	
	Homens	Mulheres
18 a 24 anos	14.565	705
25 a 29 anos	11.002	611
30 a 34 anos	8.694	520
35 a 45 anos	7.972	592
46 a 60 anos	411	24
Mais de 60 anos	56	02
Não informado	–	–

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015

O maior percentual de presos em Minas Gerais também foi encontrado entre os mais jovens, na faixa etária de 18 a 24 anos. Nessa faixa etária, os homens representaram 34,2% e as mulheres 28,7%. Quando somados os valores das faixas etárias compreendidas entre 25 e 45 anos, encontramos para homens e mulheres o mesmo percentual: 98,9%. Isso indica que se mantém a realidade encontrada no perfil nacional.

TABELA 7

População carcerária por raça/cor e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013

Raça/cor	População carcerária	
	Homens	Mulheres
Branca	13.399	868
Negra	9.541	534
Parda	20.953	1.189
Amarela	642	48
Indígena	–	–
Outras	904	165

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015.

Repete-se aqui a realidade identificada nacionalmente: negros e pardos formam o contingente mais expressivo da população carcerária. Os homens negros e pardos somam 30.494 e representam 71,4% da população. E as mulheres negras e pardas somam 1.723, representando 70,2% do universo carcerário feminino.

TABELA 8

População carcerária por escolaridade e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013

Escolaridade	População carcerária	
	Homens	Mulheres
Analfabeto	1.418	81
Alfabetizado	4.066	198
Ensino Fundamental incompleto	26.347	1.476
Ensino Fundamental completo	4.919	279
Ensino Médio incompleto	5.011	322
Ensino Médio completo	2.869	248
Ensino Superior incompleto	280	48
Ensino Superior completo	162	26
Acima do ensino Superior	12	01
Não informado	356	124

Fonte: INFOPEN. MJ,2015.

À semelhança da realidade nacional, entre os presos do estado de Minas Gerais, o número mais expressivo de pessoas encontra-se entre as que nunca tiveram acesso à educação e as que acessaram até o Ensino Fundamental. Os homens com esses graus de escolarização eram 36.750 (86,6%) e as mulheres, 2.034 (82,9%), sendo muito expressivo o número dos que não concluíram essa etapa de escolarização. E, assim como expresso no país, o acesso à educação sugere ser esse direito um fator de proteção à prisão.

TABELA 9

População carcerária por procedência e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013

Procedência	População carcerária	
	Homens	Mulheres
Área urbana/interior	1.010	91
Área urbana/região metropolitana	42.532	2.558
Zona rural	1.898	71

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015.

Mais uma vez, a realidade estadual não difere da nacional, e a maioria dos presos provém da região metropolitana. Contudo, há diferença entre as duas realidades no tocante às procedências área urbana/interior e zona rural. Em Minas, entre os homens, a procedência zona rural registra número maior que a área urbana/interior. Situação oposta à realidade nacional, fato que demanda investigação específica para melhor compreensão.

TABELA 10

População carcerária por delito e sexo – Minas Gerais – Jun. 2013

Delito	População carcerária	
	Homens	Mulheres
Tráfico	7.475	657
Estupro	808	03
Furto	8.907	283
Roubo	8.674	188
Homicídio	4.284	142
Latrocínio	1.025	29

Fonte: INFOPEN. MJ, 2015.

Nesse quadro, verifica-se uma diferença em relação à realidade nacional. Em junho de 2013, em Minas Gerais, crime de tráfico de drogas – para os homens – não aparece em primeiro lugar no ranking dos delitos, ficando em terceiro lugar nessa escala. Já entre as mulheres é não só o primeiro, mas também o de cifra mais significativa no *ranking* dos delitos que conduzem as mineiras aos cárceres.

O número total de pessoas presas pelo crime de tráfico foi de 8.132, enquanto que os presos por furtos simples e qualificados totalizaram 9.190, e os condenados por roubo, também

simples e qualificado, foram 8.862. Isso significa que o tráfico segue, de perto, o número dos condenados por crimes contra a propriedade, e tanto os valores de cada delito quanto a soma dos três diferem, expressivamente, dos demais crimes analisados.

Alessandro Baratta (1988, p. 162) nos diz que o

direito penal é direito desigual por excelência[...] não defende a todos, e quando pune as ofensas aos bens essenciais o faz com intensidade desigual e de modo fragmentário; a lei penal não é igual para todos, o status de criminoso não é distribuído de modo igual entre os indivíduos [...] o grau efetivo de tutela e a distribuição do status de criminoso é independente da danosidade social das ações e da gravidade das infrações à lei, no sentido de que estas não constituem a variável principal da reação criminalizante e da sua intensidade.

Boiteux et al (2013) analisaram os custos econômicos e humanos produzidos pela aplicação do artigo 33 da Lei nº11.343/06 que podem ser verificados nos indicadores citados nas tabelas acima. Os autores consideraram, para definição dos custos econômicos, os gastos referentes à execução da pena privativa de liberdade e utilizaram o valor médio do gasto oficial no sistema carcerário por preso.

Tomando como parâmetro o custo por preso estabelecido pelo Congresso Nacional para o total da população carcerária de 2012 (548.003 presos), estimou-se o gasto naquele ano em 6,785 bilhões. Desse total 1,626 bilhão foi gasto com os presos por tráfico de drogas. Comparado ao investimento em educação, esse gasto, de acordo com os autores, representa seis vezes mais que o custo de manutenção de um aluno na escola.

Mas, além de custos econômicos, não se pode deixar de mencionar os custos humanos do encarceramento. À ruptura de laços, considerando-se serem sujeitos que apresentam laços frágeis, e à estigmatização somam-se as cotidianas violações de direitos impostas pelas condições do sistema penal, tais como a tortura, a violência e a corrupção, formando um caldo de cultura que viola direitos e educa para o crime. Como aponta Foucault (1986, p. 226),

a prisão fabrica delinquentes; é verdade que ela leva de novo, quase fatalmente, diante dos tribunais aqueles que lhe foram confiados. Mas ela os fabrica no outro sentido de que ela introduziu no jogo da lei e da infração, do juiz e do infrator, do condenado e do carrasco, a realidade incorpórea da delinquência.

Os dados apresentados permitem verificar que o encarceramento massivo por tráfico de drogas alcança os mais jovens e vulneráveis e, ao alcançá-los, torna-os ainda mais frágeis e vulneráveis. Solução de alto custo, a prisão é também e, sobretudo, seletiva, e, portanto, produtora de injustiça social, posto que recolhe ao seu interior e submete à sua disciplina

“corretiva”, majoritariamente, no caso do crime de tráfico, os micro, pequenos e médios traficantes.

Novamente Foucault (2012, p.35) nos esclarece quando afirma a respeito das leis de drogas que

o tráfico de drogas se estende sobre uma espécie de tabuleiro de xadrez, com casas controladas e casas livres, casas proibidas e casas toleradas, permitidas a alguns, proibidas a outros. Apenas os pequenos peões são colocados e mantidos nas casas perigosas. Para os grandes lucros, a via está livre.

Peças descartáveis numa cadeia produtiva cujo risco é inversamente proporcional ao ganho e decorrente de sua posição hierárquica, *os acionistas do nada*²⁰ pagam com a moeda da vida os riscos de sua atividade laboral. A morte e a prisão, possibilidades mais altas para os que se encontram na base da hierarquia, não interrompem o funcionamento dessa cadeia produtiva e constituem danos colaterais. Na outra extremidade, no topo da hierarquia, os riscos são inversamente opostos. O “grande traficante”, o empresário do negócio ilícito, encontra-se protegido do risco de morte iminente a que se expõem “endoladores”, “mulas”, “aviões”, “olheiros”, pequenos e médios traficantes, e não vive nos morros e favelas.

Os “traficantes” presos são, como regra, aqueles que estão na ponta deste enorme e complexo negócio. São, efetivamente, os camelôs do tráfico. São jovens, pobres, moram nas periferias urbanas e encontram na venda de drogas tornadas ilícitas um meio de sobrevivência. Os verdadeiros donos deste negócio, o mais lucrativo do mundo, não moram em favelas e não são, como regra, sequer investigados (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 15).

A análise desse perfil nos leva a reconhecer e confirma, mais uma vez, o caráter seletivo do sistema penal, que, como ensina Alessandro Baratta (1988, p. 85-86),

[...] o status social de delinquente pressupõe, necessariamente, o efeito da atividade das instâncias oficiais de controle social da delinquência, enquanto não adquire esse status aquele que, apesar de ter realizado o mesmo comportamento punível, não é alcançado, todavia, pela ação daquelas instâncias. Portanto, este não é considerado e tratado como delinquente.

O retrato do traficante, estabelecido pelo breve perfil demográfico nacional exposto acima, permite dizer que ele é homem, jovem, negro e com baixa escolarização. Esse é o personagem que tanto ameaça a paz social! Atingidos por um tríptico processo de estigmatização. De classe, pois são pobres; moral, porque são criminosos; e de raça, uma vez que são negros; em sua maioria, “os detentos são o grupo pária entre os párias, uma categoria sacrificial, que pode

²⁰ Expressão cunhada pelo criminólogo Nils Christie que dá título ao livro *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*, de autoria de Orlando Zaccone.

ser vilipendiada e humilhada impunemente, com imensos lucros simbólicos”. (WACQUANT, 2013, p. 312).

O perfil mineiro não desfaz esses traços, apenas os desloca. Nas prisões mineiras, “os traficantes” cedem o centro da cena a outro personagem, o ladrão, e com este dividem o enredo e o cotidiano da privação de liberdade.

Um último dado relativo ao encarceramento por tráfico de drogas no Brasil refere-se à presença das mulheres nessa realidade. Por ultrapassar os limites desta pesquisa e merecer investigação específica, cumpre-nos apontar a crescente presença das mulheres condenadas à privação de liberdade por crime de tráfico. Ainda que as proporções entre homens e mulheres presos sejam distintas e expressivamente maiores para os homens, cresce no país o número de mulheres encarceradas. E, assim como para os homens, o fato que enseja tal crescimento é o mesmo: a lei de drogas atual.

Um estudo recente, realizado pelas Secretarias da Juventude, Igualdade Racial e Geral da Presidência– o Mapa do Encarceramento (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014)–, corrobora os dados e as interpretações expressas acima e, textualmente, afirma que a população carcerária brasileira cresceu, entre 2005 e 2012, 74%, colocando o país na quarta posição no *ranking* mundial e em primeiro lugar na América Latina. Nesse período, os negros – jovens e pobres – foram encarcerados em maior proporção do que os brancos. E comparando os dados do encarceramento com as estatísticas da mortalidade, conclui-se que “os jovens negros estão mais suscetíveis ao homicídio, assim como ao encarceramento, [...] a desigualdade entre negros e brancos cresceu nos últimos anos nos dois fenômenos comparados. (SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014, p. 84).

Os pesquisadores ressaltam que nos estados onde ocorreu um aumento significativo do encarceramento, como Minas Gerais, Pernambuco, Espírito Santo, Paraná e Acre, houve, no mesmo período, a implantação de políticas de prevenção à violência e repressão qualificada, e indicam, como possível causa dessa realidade contraditória,

entre outras coisas, que tais políticas não buscaram formas de punição alternativa à pena de prisão, sobretudo, para os grupos sobre os quais a punição é focalizada. Neste sentido, considera-se prioritário que a criação de políticas públicas de segurança e redução de crimes deva obrigatoriamente estabelecer estratégias para evitar o uso sistemático da pena de prisão, prevendo formas de punição que não resultem em aceleração do encarceramento, especialmente para os grupos específicos citados. Sem isto, os estados que promovem melhoria no controle dos crimes mais graves passam a conviver com altas cifras de presos provisórios e superlotação penitenciária, além de lidar com a gestão de uma população prisional marcada por múltiplas vulnerabilidades sociais (jovem, negra, pouco escolarizada,

feminina, com acesso precário à justiça) (SECRETARIA-GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2014, p. 82).

Somente as estatísticas do aprisionamento seriam suficientes para demonstrar a desproporção existente entre o delito e as penas impostas ao crime de tráfico, contudo, por não representarem a totalidade dos efeitos da criminalização, faz-se necessário conhecer outra dimensão da qual o tráfico participa: as estatísticas de mortalidade. E, em especial, a mortalidade juvenil, a qual tem na violência que cerca esse comércio ilícito uma de suas causas. Passemos às estatísticas da morte.

5.7 Letalidade da guerra às drogas à brasileira: a epidemia de homicídios

*“Pai, afasta de mim as beate,
afasta de mim as biqueira,
afasta de mim a cocaine.
Pois na quebrada escorre sangue”
(Criolo e Chico Buarque)*

O expressivo número de mortes por causas externas, entre as quais se incluem os homicídios, vem sendo analisado nos estudos relativos ao fenômeno da violência no Brasil. Autores como Minayo (2005), Waiselfisz (2014), Assis et al (2005) apontam, entre outros fatores, o tráfico de drogas como uma das variáveis presentes na mortalidade juvenil no país. Ainda que, se por um lado, não se possa estabelecer o percentual das agressões letais ligadas ao tráfico, mas, por outro lado, reconhecendo, como exposto anteriormente, a fragilidade e a maior exposição ao risco de morte e ao encarceramento dos micro e pequenos traficantes, dos “aviões”, “mulas”, “endoladores” etc., somos levados a reconhecer que a política proibicionista aumenta a vulnerabilidade de sujeitos socialmente desprotegidos. Nesse sentido, a afirmativa de Foucault (1999) nos parece precisa e aguda: trata-se de uma política que expõe ou multiplica para alguns o risco de morte, que, além do assassinio direito, mata politicamente.

O Mapa da Violência (WASELFISZ, 2014), diagnóstico da mortalidade violenta entre os jovens, é realizado desde 1998 e toma como base de análise os indicadores disponibilizados pelo DATASUS relativos à mortalidade por causa externas. Analisando os indicadores referentes ao ano de 2012, observa-se uma taxa de homicídios juvenis de 57,6/100 mil

habitantes. Essa taxa, quando contrastada com o parâmetro de um quadro epidêmico de homicídios adotado pela OMS de 10 homicídios por 100 mil habitantes, revela uma realidade pouco honrosa e cruel. Nossa taxa de homicídios é quase seis vezes maior que o parâmetro da OMS, ou seja, vivemos uma guerra cotidiana e seis vezes mais letal que o número admitido como epidêmico. Entretanto, tal realidade tem pouca ressonância na sociedade e, como afirma o Mapa da Violência, constitui-se como uma “epidemia da indiferença”.

A faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos, tomada como definição etária do conceito de juventude nesse estudo, representava em 2012 26,9% da população total do país e foi alvo de 53,4% dos homicídios. Comparada a taxa total de óbitos por causas externas da população em geral – 27/100 mil habitantes – com as taxas pela mesma causa entre os jovens – 53/100 mil habitantes – temos que, para a população em geral, esta é a terceira causa de óbito e para os jovens, a primeira. Os homicídios e acidentes de trânsito são os maiores responsáveis por essa letalidade entre os jovens. Em 2012, as mortes decorrentes de agressão – parte dos óbitos que compõem a taxa de mortalidade por causas externas – totalizaram 56.337 e, destes, 20.611 jovens na faixa etária de 15 e 24 anos foram vítimas.

Se a magnitude de homicídios correspondentes ao conjunto da população já pode ser considerada muito elevada, a relativa ao grupo jovem adquire caráter de verdadeira pandemia. Os 52,2 milhões de jovens que o IBGE estima que existiam no Brasil em 2012 representavam 26,9% do total da população. Mas os 30.072 homicídios de jovens que o DATASUS registra para esse ano significam 53,4% do total de homicídios do País, indicando que a vitimização juvenil alcança proporções extremamente preocupantes (WAISELFISZ, 2014, p. 37).

Analisada pelo critério raça/cor, essa taxa revela a iniquidade presente nesses óbitos, pois, entre os anos de 2002 e 2012, as taxas de vitimização de brancos e negros sofrem alterações inversas. Entre os brancos, estas caem e entre os negros, crescem em proporções diametralmente opostas. Interpretando as taxas, Waiselfisz (2014, p. 180) aponta:

Entre os jovens a situação é mais preocupante: o número de vítimas brancas cai 32,3%. O número de vítimas jovens negras aumenta 32,4%: o diametralmente oposto. As taxas brancas caem 28,6% enquanto as negras aumentam 6,5%. Com isso, o índice de vitimização negra total passa de 79,9% em 2002 (morrem proporcionalmente 79,9% mais jovens negros que brancos) para 168,6% em 2012, o que representa um aumento de 111% na vitimização de jovens negros.

O Observatório de Favelas, juntamente com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Juventude (UNICEF) e em parceria com o Laboratório de Análise da Violência da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), realizou, em 2012, um estudo prospectivo sobre os homicídios juvenis: o

Índice de Homicídios na Adolescência (IHA) (CANO; MELO, 2012) e, por meio desse indicador, buscou verificar o número de vidas perdidas por homicídios de adolescentes. Foram tomadas como base de dados as informações relativas ao total de jovens mortos nos anos de 2009 e 2010, contidas no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, e considerou-se, para fins desse estudo, como adolescentes a população com idade entre 12 e 18 anos, dos municípios com população superior a 100 mil habitantes. O indicador, a partir dos resultados encontrados e do número de adolescentes nessas cidades, apresenta a estimativa dos que morreriam antes de completar a adolescência.

De acordo com o Censo do IBGE de 2010 (IBGE, 2012), 13% da população brasileira era composta por adolescentes e, destes, 81,9% viviam nas zonas urbanas. Declararam-se brancos 42,3% dos adolescentes, e negros 56,2%. Amarelos e indígenas somavam 1,5%. Em 2010, o homicídio foi a principal causa de mortes de adolescentes: 45,2%.

Para o cálculo do IHA, os autores trabalharam com os dados relativos às agressões e às mortes por intervenção legal (confronto com a polícia). Das conclusões apresentadas, destacam que:

- a) Caso não se alterem, nos municípios com mais de 100 mil habitantes, as condições predominantes em 2010, teremos, em 2016, um total de 36.735 de homicídios de adolescentes;
- b) O agravamento da violência letal entre adolescentes contrasta com a queda do número de homicídios na população em geral nos últimos anos e, em especial, na região Sudeste do país;
- c) A maioria dos homicídios de adolescentes foi provocada por arma de fogo;
- d) O risco de morrer, para os adolescentes do sexo masculino, é 11,5% maior em relação ao risco de morte para adolescentes do sexo feminino e quase três vezes maior para os negros em relação aos brancos.

Aos expressivos números das estatísticas de mortalidade somam-se outros, graves e prejudiciais. Ainda que não letais, é necessário não olvidar outro efeito da violência: as sequelas, cujas marcas e prejuízos impõem consequências à vida dos sujeitos. As informações disponibilizadas pelo DATASUS (MS, 2015) sobre o número de internações hospitalares geradas pelas agressões permitem, mesmo que limitada à cobertura do Sistema Único de Saúde(SUS), traçar os contornos do impacto que esse fenômeno provoca na vida social e no sistema de saúde.

Condições de adoecimento e morte ou os quadros de morbimortalidade informam e orientam o traçado das políticas de saúde. Como já demonstrado por Minayo (2005), a violência é uma importante questão para a saúde pública brasileira, dada a magnitude de sua expressão e as consequências que produz na população. Trata-se de fator que ocasiona danos sociais, tem custos humanos e econômicos e impacta o sistema de saúde.

Não cabendo mensurar os traumas e os custos humanos, é possível apontar o impacto financeiro sobre o sistema de saúde decorrente das consequências da violência. Segundo Minayo (2005, p. 10), “cálculos estimam que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos [...] para se ter ideia do significado da cifra dos custos diretos da violência no País (3,3% do PIB), ela é três vezes maior do que o País investe em Ciência e Tecnologia”.

A análise dos gastos com o tratamento de morbidades provocadas pela violência deve ser tomada não na perspectiva da redução de investimentos – o que fragilizaria e puniria ainda mais a população vitimizada –, mas em direção oposta, na perspectiva do investimento de recursos em políticas de proteção efetiva, que convidem e protejam a vida, rompendo com o ciclo de morte e lucro dos mercados do medo e dos ilícitos.

A violência também dá lucro. Primeiramente, parte das mortes e lesões que hoje ocorrem no mundo por essa causa se devem a ações criminosas como tráfico ilegal de armas, de drogas e de outras mercadorias, organizadas internacionalmente e lucrativas, para as quais, os aparatos violentos garantem e agregam valor (MINAYO, 2005, p. 12).

Os quadros abaixo apresentam o número de internações hospitalares geradas pelas sequelas decorrentes das agressões da população jovem (idades entre 15 a 19 e 20 a 24 anos) e o gasto financeiro com essas internações, no período de 2008 a 2012 no Brasil.

QUADRO 1

Morbidade hospitalar do SUS por causas externas: internações por região e ano de processamento – Brasil – 2008-2012

Região	Anos				
	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	1.093	1.440	1.568	1.602	1.598
Nordeste	2.957	3.596	4.388	4.661	4.857
Sudeste	2.977	3.896	4.493	4.764	5.000
Sul	1.052	1.198	1.327	1.171	1.182
Centro-Oeste	731	994	1.181	1.560	1.283
Total	8.810	11.124	12.957	13.758	13.920

Fonte: DATASUS. MS, 2015

QUADRO 2

Morbidade hospitalar do SUS por causas externas: valor total por região e ano de processamento – Brasil – 2008-2012

Região	Anos				
	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	826.626,62	1.356.325,00	1.563.536,00	1.676.174,00	1.704.726,00
Nordeste	3.502.847,00	5.275.142,00	6.051.105,00	6.283.252,00	7.840.017,00
Sudeste	3.659.060,00	5.849.345,00	5.990.430,00	6.877.390,00	7.623.048,00
Sul	1.009.542,00	1.449.990,00	1.795.569,00	1.603.725,00	1.745.471,00
Centro-Oeste	767.551,52	1.136.381,00	1.441.265,00	2.342.019,00	2.078.504,00
Total	9.765.627,16	15.067.183,00	16.841.905,00	18.782.560,00	20.991.766,00

Fonte: DATASUS. MS, 2015

Ainda que o período analisado seja curto, é possível notar um aumento do número de internações hospitalares por agressões e dos valores referentes a elas nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste (região onde se concentra o maior número de serviços de saúde). Já no Sul, os valores mostram-se estáveis e na região Centro-Oeste, os números crescem entre os anos de 2010 e 2011 e caem em 2012. Essas cifras merecem uma análise mais detalhada e que abranjam um período mais extenso, para permitir, por um lado, uma melhor compreensão do fenômeno e entender se a tendência apresentada no período se manteve ou não e quais variáveis a explicam. E, por outro lado, quais relações tem com as estatísticas de mortalidade.

A proibição das drogas oculta, segundo Karam (2008, p. 118),

o fato de que a proteção da saúde pública, que estaria a formalmente fundamentar a criminalização das condutas relacionadas às drogas qualificadas de ilícitas, é afetada por esta mesma criminalização, que impede um controle de qualidade das substâncias entregues ao consumo, impõe obstáculos a seu uso medicinal, dificulta a informação e a assistência, cria a necessidade de aproveitamento de circunstâncias que permitam um consumo que não

seja descoberto, incentivando o consumo descuidado ou anti-higiênico propagador de doenças como a AIDS e a hepatite.

E continua:

Mantendo a criminalização da posse para uso pessoal, a Lei 11.343/06 repete as violações ao princípio da lesividade e às normas que, assegurando a liberdade individual e o respeito à vida privada, estão ligadas ao princípio da legalidade, que, base do Estado de direito democrático, assegura a liberdade individual como regra geral, situando proibições e restrições no campo da exceção e condicionando-as à garantia do livre exercício de direitos de terceiros. A simples posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e às suas opções pessoais (KARAM, 2008, p. 116).

As estatísticas de mortalidade e morbidade confirmam o engano. E não se pode esquecer de que, ao tornar clandestina a produção, o comércio e o consumo, a sociedade e o Estado perdem a possibilidade de controlar e aferir a qualidade do produto comercializado, fato que aumenta o grau de impureza, de adulteração e toxicidade das mercadorias. Na vigência da Lei Seca nos Estados Unidos, o consumo do álcool ilegal não caiu e gerou, entre outras consequências, um expressivo número de mortos e lesões permanentes, como cegueira e paralisia.

Além disso, a ilegalidade do hábito impõe a necessidade de um consumo oculto, rápido e, muitas vezes, descuidado, que pode facilitar a transmissão de doenças, como as transmitidas através do compartilhamento do cachimbo pelos usuários de *crack*. Noutras palavras: a proibição, claramente, não protege os sujeitos, tampouco a saúde ou a sociedade.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2010) aponta no Comunicado 64 que a população brasileira em 2030 atingirá o ápice, passando a diminuir a partir de 2040, sendo que o grupo populacional dos jovens (de 15 a 29 anos) apresentará crescimento negativo.

De um lado, a retração da população jovem (IPEA, 2010). De outro, a redução imposta pela mortalidade, projetada em 36.735 adolescentes que morrerão antes dos 19 anos em 2016 (CANO; MELO, 2012). Isso nos conduz à indagação sobre o impacto que essas variáveis produzirão sobre a estrutura etária da população brasileira nas próximas décadas. Uma questão que extrapola os limites desta pesquisa e merece investigação específica.

As estatísticas de mortalidade por causas externas, primeira causa de morte entre jovens no Brasil, agregam informações que são produzidas por eventos diversos e incluem, sem distinção, as relativas aos conflitos em torno do tráfico. Entretanto, a busca por informações

que estabeleçam o nexa entre a violência decorrente do tráfico e a causa do óbito resultou improdutiva. Os formulários consultados – Declaração de Óbito e Ficha de Notificação da Violência – não incluem essa informação e os Boletins de Ocorrência, nos quais esse registro deve ocorrer, não estão disponíveis para consulta. O que conduz à necessidade de “cruzar” os dados contidos nos dois bancos para se tentar apurar o número das mortes decorrentes desse fato.

Investigação que se defrontará, entre outros aspectos, com a invisibilidade que encobre a participação das agências de repressão do Estado na produção dessas estatísticas. Zaccone (2015) trouxe à público essa realidade ao investigar autos de resistência. “Inquéritos instaurados a partir da morte de pessoas em conflito com a polícia” (ZACCONE, 2007, p. 58) e um dos resíduos da ditadura civil-militar – em vigência na democracia –, essa medida administrativa, na prática, faz véu à ação letal da polícia e a legítima. A ocultação do crime – cujo processo de investigação é interrompido – se produz no cruzamento dos dados biográficos da vítima, que é transformada em suspeita. Zaccone (2015, p. 260) afirma que

a negação da vítima nas decisões proferidas pelo Ministério Público nos autos de resistência, como na lógica de qualquer massacre, se dá num ambiente em que a própria vítima é apresentada como “vitimizadora”. A construção do inimigo requer que ele seja identificado como a fonte do perigo e nunca como alguém exposto ao perigo. [...] A inclusão da Folha de Antecedentes Criminais do morto no inquérito que investiga sua própria morte, o inventário moral de sua vida nas declarações prestadas pelos seus familiares e, principalmente, a sua condição estigmatizante como “traficante de drogas”, definida através das apreensões de armas e drogas no interior de uma “comunidade favelada”, transforma a vítima da ação violenta do Estado em coisa, ou melhor, em número, em estatística”.

Ao retornar à visibilidade, o resíduo ditatorial impõe, e, de modo urgente, a necessidade de reclamar o seu fim. E as estatísticas da morte abrem perguntas sobre a vida. Quem eram os que morreram? Como viveram?

Invisíveis socialmente até encarnarem o estereótipo do traficante, cuja imagem distancia-se de sua real posição na rede ilegal de comércio de drogas, esses jovens não foram acolhidos pela comunidade humana, não encontraram caminhos ou tiveram pouco acesso aos bens civilizatórios e à dignidade humana, vindo a se inscrever nas páginas da história, apenas, nos livros ou capítulos destinados a contabilizar os mortos. Aí sua breve existência encontrou, finalmente, lugar e visibilidade: como número nas estatísticas dos selecionados para eliminação. Mortos, para dizermos com Agamben, fora de qualquer rito.

Os matáveis são, portanto, sujeitos cuja “vida cessa de ter valor jurídico e pode, portanto, ser morta sem que se cometa homicídio”. (AGAMBEN, 2010, p. 135). E Foucault nos diz que “a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou degenerado, ou do anormal), é o que vai deixar a vida em geral mais sadia; mais sadia e mais pura”. (FOUCAULT, 2005, p. 305).

Nomear o esquecimento e dar-lhe cor, traços e memória, rompendo, assim, com a opacidade alienante de nada querer saber sobre isso, além de humanizar as estatísticas, pode vir a se constituir em instrumento que contribua para a transformação dessa realidade. “Dar vida” aos indicadores da morte, fazendo um ato de corte com o olvidamento que naturaliza e perpetua a violência e, por consequência, banaliza a vida, nos possibilitará extrair pontos de orientação para as políticas em defesa da vida (orientação ética do SUS), capazes de minimizar, ou num futuro ótimo, superar os efeitos letais da exclusão, da epidemia da indiferença e das políticas de extermínio. Recordar para não repetir o passado e ser capaz de inventar futuros.

5.8 Consumo de drogas: epidemiologia e laços com a exclusão social

Estudos epidemiológicos sobre consumo de drogas são realizados no Brasil desde o ano de 1987. O Centro Brasileiro de Investigação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) inaugura, nesse ano, uma série de levantamentos entre estudantes, investigando, em dez capitais brasileiras, o consumo de drogas nessa população. Desde o I Levantamento sobre Consumo de Drogas foram realizados, até 2010, mais cinco pesquisas com esse público, sendo que o último incluiu, pela primeira vez, os estudantes da rede privada. O CEBRID realizou ainda investigação com populações específicas, como mulheres usuárias de crack, crianças e adolescentes em situação de rua.

Em 1999 essa instituição realizou o I Levantamento Domiciliar de Uso de Drogas Lícitas e Ilícitas em 24 das maiores cidades do estado de São Paulo. E em 2001, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD),²¹ preenchendo a lacuna existente sobre o conhecimento desse hábito na população em geral, realiza o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, reeditado em 2005. (CARLINI et al, 2001, 2005).

²¹Em 1999 a SENAD era nomeada como Secretaria Nacional Antidrogas.

Outra importante investigação epidemiológica – e esta sobre o consumo de uma substância específica, o *crack* – foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (2014), em parceria com a SENAD, no ano de 2013. Essa pesquisa, de caráter multicêntrico, investigou nas 27 capitais, nas nove regiões metropolitanas e em um conjunto de cidades de pequeno e médio porte divididas entre com os mais altos e os mais baixos índices de homicídios – a realidade do consumo de *crack*, questão que naquele momento havia sido alçada à condição de primeira preocupação da sociedade e dos governantes.

A utilização da epidemiologia nos estudos acerca do abuso de drogas permite

dimensionar a real magnitude do problema, pontuar suas principais características enquanto fenômeno social que se apresenta como um problema de saúde coletiva, identificando grupos de risco e fatores de importância na produção do fenômeno. Além disso, a abordagem epidemiológica permite estimar necessidades de oferta de serviços de saúde e subsidiar o planejamento de intervenções que visem reduzir o problema e as condições a ele relacionadas na população (MEDINA, 2001, p. 4).

Contudo, a incorporação pela epidemiologia de tão complexo objeto exigiu redefinições conceituais e metodológicas, determinadas pela imprecisão dos termos “droga” e “abuso”. Se o primeiro envolve uma gama de sentidos que vão da farmacologia ao direito, o segundo não pode ser avaliado, apenas, por critérios quantitativos de frequência e intensidade do uso de uma substância e deve considerar os prejuízos sociais e de saúde que acarreta, exigindo abordagem clínica.

O tipo de laço estabelecido por cada sujeito com sua droga de eleição e a medida de satisfação e dor de cada um, sempre singulares, só podem ser captados no processo de investigação e cuidados clínicos, escapando, portanto, aos limites da epidemiologia. Contudo, a implantação de serviços de atenção clínica pode ser mais efetiva quando orientada por dados epidemiológicos, visto que estes permitem conhecer o modo como o fenômeno se distribui no espaço e no tempo, os riscos aos quais se associa e quem (ou quais populações) encontra-se mais exposto a eles.

Visando a contornar essa dificuldade, os estudos epidemiológicos sobre drogas trabalham com classificação de padrões de uso, medindo, portanto, frequência e intensidade de consumo de determinadas substâncias. Nos levantamentos realizados pelo CEBRID (2001, 2005, 2010), por exemplo, encontramos a adoção da classificação dada pela OMS, qual seja: *uso na vida, uso no ano, uso no mês, uso frequente e uso pesado*. Entre o primeiro e o último tipo de uso, pode-se entender uma relação que vai da experimentação ao uso prejudicial de substâncias, considerando-se, apenas, intensidade e frequência de uso.

E na pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2014), adotou-se a definição de “uso regular” da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que orienta a produção de conhecimento sobre Consumidores de Drogas de Alto Risco (CODAR). A OPAS compreende o

uso regular como sendo o uso de droga por pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses. Cabe observar que não se trata de 25 vezes, mas sim **dias**, pois usuários de algumas substâncias (como cocaína em pó e crack), frequentemente, fazem uso das mesmas de forma repetida, num curto espaço de tempo, no contexto de um mesmo dia (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 133).

Outro importante aspecto relativo à utilização da epidemiologia nas políticas sobre drogas se relaciona à possibilidade de conhecer a prevalência dos diferentes modos de uso de substâncias pela população. A comparação entre as informações e dados divulgados pela imprensa, em especial, quase sempre marcados e dimensionados por preconceitos e imaginários sociais distantes e divergentes da realidade, com os achados de investigações científicas permite esclarecer equívocos de interpretação e, sobretudo, orientar adequadamente a implantação de políticas.

De outro lado, a investigação epidemiológica possibilita, ainda, preencher o vazio de informações determinado pelo constrangimento que a ilicitude provoca. Condutas tidas como ilegais, como é o caso do consumo de drogas, inibem a admissão de sua prática, o que agrava os riscos presentes em situações de urgência clínica. Como efeitos desse interdito, têm-se tanto o sub-registro da causa quanto o aumento dos riscos para os usuários. O que reafirma que a criminalização do consumo de drogas, longe de proteger a saúde pública, cria-lhe obstáculos e agrava as vulnerabilidades clínicas dos usuários.

As estimativas de consumo geradas por essas pesquisas, bem como o perfil demográfico da população e as principais substâncias utilizadas permitem contrastar os achados científicos com os discursos da imprensa, do legislativo e das políticas.

A polissemia do vocábulo “droga”, reduzida em nossos dias às substâncias ilícitas, leva a crer na verdade da canção: “Tudo que é ilegal e imoral faz mal ou engorda!” Assim, supostamente, seriam as drogas ilícitas as mais consumidas e as que causam os maiores prejuízos à saúde e à vida social. Contudo, o conhecimento científico revela o oposto. No caso das drogas, são as lícitas as mais utilizadas, como apontado pelas investigações realizadas pelo CEBRID, e uma delas – o álcool – responde por graves prejuízos individuais e sociais.

Entre o I e o II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas – o primeiro realizado em 2001, em 107 cidades brasileiras com população superior a 200 mil habitantes e com

indivíduos entre 12 e 65 anos; o segundo, em 2005, em 108 cidades, com o mesmo critério populacional e de faixa etária –, percebe-se que ocorreu um aumento no percentual de uso na vida. (CARLINI et al, 2001, 2006).

Este passou de 19,4% em 2001 para 22,8% em 2005. Dessa análise foram excluídos os percentuais relativos ao uso de álcool e tabaco. Assim temos os seguintes valores para 2001 e 2005, respectivamente: maconha (de 6,9% para 8,8%); benzodiazepínicos (de 3,3% para 5,6%); estimulantes (de 1,5% para 3,2%); solventes (de 5,8% para 6,1%) e cocaína (de 2,3% para 2,9%). Por outro lado, diminuiu o uso na vida de orexígenos (medicamentos para estimular o apetite), que passou de 4,3% para 4,1%, e xaropes à base de codeína (de 2,0% para 1,9%).

O consumo de álcool e tabaco aumentou, passando, respectivamente, de 68,7% para 74,6% e de 41,1% para 44,0%. Os maiores percentuais de uso na vida, portanto, foram registrados entre as drogas lícitas, com diferenças muito significativas quando comparadas ao consumo na vida para as demais substâncias. Outro ponto que merece ser destacado são os percentuais de uso na vida para todas as drogas no Brasil. Ainda que crescentes, nossos percentuais são inferiores aos de outros países.

A análise dos dados chama a atenção para o aumento do uso de solventes, que cresceu, passando de 5,8% em 2001 para 6,1% em 2005, e apresentou valores maiores que os encontrados na Colômbia, Espanha e Bélgica, ficando abaixo, contudo, do percentual dos Estados Unidos, de 9,5%.

A prevalência de dependência de álcool alcançou 12,3%, sendo que entre os homens atingiu o percentual de 19,5% e entre as mulheres de 6,9%.

A proporção de dependentes de álcool em relação ao uso na vida mostra que, aproximadamente, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. A proporção para o feminino é de 10:1 (CARLINI et al, 2006, p. 389).

E a dependência de tabaco manteve praticamente o mesmo percentual nas duas pesquisas (9,0% em 2001 e 10,1% em 2005). O maior percentual dos que desejavam parar de fumar foi encontrado na faixa etária acima de 35 anos de idade, refletindo uma percepção tardia quanto aos prejuízos do consumo dessa substância.

O VI Levantamento Nacional de Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio foi realizado em 2010, nas 27 capitais e nas redes pública e

privada. Entre os achados dessa pesquisa, destaca-se que 25,5% dos estudantes referiram uso na vida de alguma droga, exceto álcool e tabaco; 10,6% referiram uso no último ano; e 5,5%, uso no mês.

O uso no ano, entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio, para qualquer droga, exceto álcool e tabaco, foi admitido por 9,9% dos estudantes da rede pública e por 13,6% da rede privada. As substâncias mais consumidas foram: álcool (42,4%), tabaco (9,6%), inalantes (5,2%), maconha (3,7%), ansiolíticos (2,6%), cocaína (1,8%) e anfetamínicos (1,7%).

Para o uso na vida, os pesquisadores destacam que a ingestão de energéticos misturados ao álcool foi referida por 15,4% dos jovens em toda a amostra. Os estudantes que relatam o uso de esteroides anabolizantes correspondem a 1,4%; o de êxtase, a 1,3%; e o uso de LSD, a 1,0%. Os cientistas alertam que esses achados tiveram distribuição heterogênea entre as capitais e merecem atenção. Carlini et al (2010, p. 225) afirmam que

entre os anos de 2004 e 2010, foi observado redução no número de estudantes que relataram consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, tanto para os parâmetros de uso na vida quanto no ano. Foi observado redução da proporção de estudantes que relataram uso no ano de qualquer das demais drogas. A redução foi observada para uso no ano de inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e crack. Por outro lado, foi observado aumento para cocaína. As mudanças não foram uniformes entre as 27 capitais.

A análise dos percentuais relativos aos tipos de uso (*uso na vida, uso no ano e uso no mês*) apresentou valores maiores para os estudantes da rede privada. Contudo, quando se analisa os usos frequente e pesado, destacam-se os valores referentes aos alunos da rede pública. Os pesquisadores chamam a atenção para a necessidade de se realizar investigação mais detalhada acerca da influência de fatores socioeconômicos e padrões de uso, ainda que alguns estudos (MEDINA-MORA et al, 1978; BEAUVAIS, 1988) apontem haver, nos países em desenvolvimento, uma associação entre consumo de certas drogas e nível socioeconômico. A ausência ou limitação de acesso a recursos de cidadania tem peso destacado nessa situação, como se observou em estudos com crianças e adolescentes em situação de rua no país. (NOTO et al, 2003).

Contrariando a impressão daqueles dias, de emergência da ameaça do *crack* e seu exército de perigosos, o VI Levantamento aponta que, entre os estudantes brasileiros, houve redução do consumo de drogas, com exceção, apenas, da cocaína.

Foi a única droga que apresentou uma porcentagem de uso no ano maior em 2010 (1,7% em 2004; 1,9% em 2010), ou seja, houve um aumento estatisticamente significativo de alunos utilizando esta droga. Entretanto, o contrário aconteceu com o crack. Para esta droga, houve uma diminuição estatisticamente significativa, embora o pequeno número de

alunos relatando o uso (0,7% em 2004 e 0,4% em 2010) possa estar dentro do erro amostral. Estas porcentagens indicam que sete alunos em mil usaram crack em 2004 e quatro em 1000 em 2010; ou seja, dados que não impressionam, embora estatisticamente significantes. (CARLINI et al, 2010, p. 408).

E conclui que “os estudantes brasileiros não figuram entre os que mais consomem drogas” quando comparados aos estudantes sul-americanos, espanhóis, europeus e estadunidenses. Os índices de consumo de maconha, *crack* e tabaco, no Brasil, são baixos. Situação oposta quando a droga analisada é um solvente. Nesse caso, apresentamos um dos maiores índices de consumo: com 8,7% para uso na vida; 5,2% no ano; 2,2% no mês; 0,2% para uso frequente; e 0,3% (uso pesado).

5.9 Epidemia de *crack*: álibi sanitário da guerra às drogas

Em 2013 a Fundação Oswaldo Cruz realizou um inquérito nacional sobre consumo de *crack*, cuja justificativa é assim apresentada:

Tal demanda se deu em função da ampla mobilização da opinião pública, das instâncias políticas e dos meios de comunicação em torno das cenas abertas de crack, popularmente conhecidas como “cracolândias”, que passaram a ter destaque na agenda nacional (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 13).

A emergência do *crack* e sua destacada relevância na agenda política nacional contrastavam com a escassez de informações científicas acerca do consumo e se fundamentava em uma abundância de dados lançados pela imprensa, em especial sobre as cenas públicas de consumo, as quais demandavam avaliação.

Importante localizar as referências discursivas acerca do *crack* naqueles dias, ou seja, o contexto político e social no qual a pesquisa se desenrolou. As questões postas podem ser resumidas nas manchetes publicadas pelo jornal Estado de Minas, que afirmavam:

O efeito da pedra [o crack] chega rápido ao cérebro. A droga superexcita (sic) os impulsos nervosos e dá ao viciado uma sensação de euforia. Em pouco tempo a pessoa pode ser levada à morte por hemorragia cerebral, convulsão e infarto do miocárdio. Crack cria ‘super-homens. A droga é apontada como principal responsável pelos assassinatos, pois seu comércio é desorganizado, e os jovens surgem como soldados despreparados. Por outro lado, a polícia parece impotente diante da avalanche do crack, a moeda mais forte do mundo do crime e que patrocina a maioria das tragédias que atingiram muitas famílias na Capital neste semestre. Tudo por causa do crack. Sob domínio do crack (BRUCK, 2013,p.186-187).

As manchetes falam por si só. E a imprensa, além de difundir o alarme, produziu nomeações e inventou geografias. Usuários foram nomeados como zumbis e mortos-vivos. E as cenas de uso, classificadas como “cracolândias”. Tudo isso posto e reafirmado a cada novo dia justificava a adoção de medidas como internação compulsória – como método terapêutico inicial, e muitas vezes, único. Em São Paulo, adotou-se a operação “dor e sofrimento” e no Rio de Janeiro, as internações de moradores de rua, ação que acabou por conduzir um adolescente à morte, ao tentar escapar do cuidado ofertado.

Ao investigar as cenas de uso de *crack* nas 27 capitais e em nove regiões metropolitanas no país, a FIOCRUZ(2014) pôde esclarecer o debate nacional acerca de alguns pontos que permaneciam obscuros nessa realidade, desfazer alguns enganos e assim contribuir para as políticas públicas sobre drogas. Entre os achados dessa investigação, destaca-se que o universo dos usuários de *crack* foi estimado, naquele momento (2013), em 370 mil pessoas. Número significativo, porém muito distante do universo antes divulgado, que contabilizou, em alguns momentos, em um milhão o número de consumidores de *crack* no país.

A maior concentração de usuários foi registrada na região Nordeste, onde foram encontradas 150 mil pessoas, ou 40% do universo total estimado; informação contrária à apresentada pela imprensa, que localizava na região Sudeste e em suas famosas cracolândias a maior concentração. O Sudeste ficou em quarto lugar em número de consumidores, atrás das regiões Sul e Centro-Oeste, segundo e terceiro colocados, respectivamente. E nota-se que, entre as regiões de maior concentração de consumo, não há notícias quanto à existência de cracolândias. A imagem veiculada que associou o *crack* a um território próprio não se confirmou onde o consumo se revelou mais alto.

O debate que coloca o crack como seu ponto central produz nomeações, inventa lugares e reedita políticas de segregação e exclusão como resposta para o mal-estar. Entre as nomeações propostas e os lugares inventados, uma faz eco pelo país: a cracolândia. A imprensa insiste em sua existência, conhece o mapa de sua localização e afirma haver na cidade o lugar que é a pátria dos craqueiros (SILVA, 2012, p. 207).

O consumo em público, nas cenas de consumo, era realizado por 80% dos usuários, entretanto, estes, em sua maioria, não são moradores de rua. A rua é, apenas, o local onde realizam o consumo da droga e não seu espaço de vida e moradia.

Quanto ao perfil dessa população, temos que quase 79% dos usuários são homens e 14% são crianças e adolescentes e, novamente, a maioria delas (56%), foi encontrada no Nordeste.

Entre crianças menores de oito anos, o índice encontrado foi igual a zero. Quanto à raça, conclui-se:

Há um predomínio importante de usuários “não brancos” nas cenas de uso. Cerca de 20% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil eram de cor branca. Na população geral, segundo Censo 2010 (IBGE), os “não brancos” correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobrerrepresentação de pretos e pardos [...] em contextos de vulnerabilidade social, como observado nas cenas de crack. (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 50).

A escolaridade apresentada por 77,1% revela que a permanência na escola para a imensa maioria desses usuários não foi além do Ensino Fundamental. Entre a alfabetização e o terceiro ano do Ensino Fundamental foram encontrados 19,55% dos usuários e os demais – 57,60% – concluíram essa etapa da escolarização. Nas demais etapas foram encontrados 16,49% que cursaram ou concluíram o Ensino Médio; e 2,35%, o Ensino Superior. Os pesquisadores chamam a atenção para a diferença apresentada entre esse inquérito e os realizados com estudantes, nos quais o *crack* não é um dado relevante, e observam que “a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola”, o que reforça a necessidade da prevenção nas escolas, mas, sobretudo, de se empreender esforços para manter esses sujeitos no ambiente escolar. O que recoloca a importância da educação como um fator de proteção, tal qual se percebe na análise das estatísticas de mortalidade e do sistema prisional.

A pesquisa identificou, entre os usuários de *crack*, a prática de policonsumo, ou seja, cerca de 80% dos usuários faziam um uso associado de *crack*, álcool e tabaco.

Entre os fatores que motivaram o encontro com essa substância, 50% dos usuários apontaram a curiosidade; 26,7%, a pressão dos amigos; e 29,2%, as perdas afetivas e familiares. O custo da droga – sempre referido como baixo – não apareceu como determinante na escolha e os critérios de eleição confirmaram a hipótese da necessidade de reforço dos laços familiares e sociais para minimizar conflitos, prevenir o consumo e inserir socialmente os usuários.

Identificou-se uma alta prevalência de HIV e hepatite C entre os usuários. A prevalência da infecção pelo HIV foi de 4,97% na população estudada. Índice quase oito vezes maior que na população em geral. E a prevalência de hepatite C foi de 2,63%, também superior ao índice encontrado na população em geral.

Episódios de intoxicação aguda (overdose) foram relatados por 7,8% dos usuários. E o achado mais contundente revelou que 79% dos entrevistados desejavam se tratar.

Na interface com a justiça, encontrou-se que 41,6% dos usuários foram detidos no ano anterior. Os delitos que motivaram a detenção foram: posse ou uso de drogas (13,9%), assalto/roubo (9,2%), furto/fraude e invasão de domicílio (8,5%) e tráfico (5,5%). Esses percentuais dialogam e confirmam as hipóteses trabalhadas por Boiteux et al (2013) e Carvalho (2010), por exemplo, quanto ao encarceramento de usuários por posse ou uso de drogas, fato não previsto pela legislação, mas evidenciado na análise de sentenças condenatórias. Boiteux e Pádua (2013) apresentam o caso de um usuário preso por posse de 25 gramas de maconha. Salo de Carvalho (2010) analisa o caso de outro de usuário condenado à prisão pela posse de 6,30 gramas de *cannabis sativa* e R\$ 8,05 e de outro detido por cultivo para uso pessoal e terapêutico.

Em meio a esse contexto de pânico social, instituições e militantes de direitos humanos, antiproibicionistas e antimanicomiais unem-se na crítica a essas medidas e constituem um contra-discurso; esse grupo, mesmo que minoritário, aponta o engano de tais ações.²² Os achados epidemiológicos das pesquisas acima citadas e o inquérito realizado pela FIOCRUZ sobre consumo de *crack* contribuíram para a qualificação das críticas e apontaram novas perspectivas para o desenho de uma política orientada para a clínica e o respeito aos direitos de cidadania dos usuários. “O foco do debate na farmacologia do *crack* obscureceu a análise das histórias de vida das pessoas que o usam e a dimensão social de seus determinantes.” (GARCIA; KINOSHITA; MAXIMIANO, 2014, p. 150).

De outro lado, é preciso destacar o discurso sustentado por pesquisadores da área da comunicação social.

A enxurrada de reportagens sobre o uso do *crack*, que nos últimos anos volta e meia ganham capa e suítes nos principais jornais do país, converge para o sentido comum de aceitação e reverberação do discurso das autoridades: trata-se de uma epidemia que se espalha pelo país, que é extremamente letal e por isso exige intervenção imediata e articulada da polícia e da medicina, com a combinação de dois tipos de violência: a repressão a quem consome a droga nas ruas e a internação compulsória dos usuários [...] A demonização das drogas, e desta droga em particular – que é mais simples porque seus viciados estão mais expostos, visíveis e identificáveis pela sua degradação física –, facilita a articulação do discurso clássico da repressão violenta a um discurso supostamente científico que legitima essa violência ao dizer que não há saída senão a internação compulsória. O risco da adoção do discurso da internação compulsória – e nem vamos aqui discutir a ausência de estrutura para abrigar e tratar tanta gente – é precisamente este: sugere que o foco é um universo restrito de indivíduos e não demora a alcançar todos os que, por

²²Em fevereiro de 2012 foi criada a Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos, composta por um conjunto de entidades da sociedade civil e coordenadas pelos Conselhos Federais de Psicologia e Serviço Social. Representantes da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos e do Movimento Nacional de Direitos Humanos participaram da 43ª Assembleia Geral da OEA convocada para discutir a política de drogas nas Américas e realizaram intervenções trazendo a público o que ocorria no Brasil naquele momento. A esse respeito consultar: <<http://www.blogdosirodarlan.com/?p=482>>.

qualquer motivo, são incômodos ao convívio social. É o processo típico de construção do inimigo (MORETZSOHN, 2012, p.1-2).

A epidemiologia, ao lançar luz sobre a distribuição do fenômeno, sobre os grupos mais vulneráveis aos riscos e as necessidades de cuidado desses grupos, desloca o eixo do debate de sua vertente imaginária e preconceituosa para uma percepção mais lúcida e próxima à realidade, e em associação com outras disciplinas e saberes, no caso específico das drogas, ao ampliar o campo de abordagem e investigação, permite conhecer dimensões que o interdito encobre e reduz à negatividade absoluta. Antropologia, criminologia crítica, psicanálise, teorias da comunicação social e saúde pública constituem-se como matrizes teóricas dos segmentos críticos à proibição e suas consequências e apontam para uma mesma direção: a redução de danos.

Comumente associada à prática de cuidado com os usuários, a redução de danos começa a pontuar os discursos críticos no campo do direito penal das drogas, apontando para a necessária minimização dos excessos punitivos, posto que o endurecimento do encarceramento, assim como a criminalização do consumo, não inibe o tráfico nem a demanda por drogas e provoca danos sociais e mortes.

Refutada e excluída do texto das convenções, marginal nas práticas de cuidado em saúde, a redução de danos, contudo, apresenta potência discursiva e prática e se constitui como diretriz ética que convoca a todos à responsabilidade. É, portanto, medida que civiliza e humaniza a relação entre sujeitos e substâncias, operando em sentido contrário ao que dita a lei, cuja ênfase recai sobre a abstinência imposta como medida única a ser alcançada. Duas lógicas de controle fundamentam a concepção autoritária: uma vingativa, de eliminação do inimigo; e outra higienista e asséptica, que busca erradicar a droga, signo atual do mal do mundo.

Salo de Carvalho afirma que, sob o imperativo da abstinência,

o sujeito deverá realizar uma série de tentativas para abdicar de todos os objetos que estavam marcados pela sua trajetória toxicomaniaca, isto é, sua história, suas referências, suas memórias. Assim, adquirindo a condição de “limpo”, responderia ao ideal de recuperação [...]Da promessa de contramotivação, o modelo repressivo às drogas estabeleceu regime de criminalização secundária; ao reprimir o consumo, estigmatizou o usuário; no intuito de eliminar o tráfico ilícito, direcionou seu poder letal contra segmentos sociais e indivíduos vulneráveis (CARVALHO, 2010, p. 293, 299).

E conclui referindo-se a Alessandro Baratta: “a descriminalização deve representar utopia concreta, realizável, perseguida pelos mais diversos segmentos sociais, pois representa

alternativa viável **para minimizar os danos ocasionados pela criminalização**".
(CARVALHO, 2010, p. 300, grifo nosso). Lembra-nos Freud que

reagimos à guerra dessa maneira, porque toda pessoa tem o direito à sua própria vida, porque a guerra põe um término a vidas plenas de esperança, porque conduz os homens individualmente a situações humilhantes, porque os compele, contra sua vontade, a matar outros homens e porque destrói objetos materiais preciosos, produzidos pelo trabalho da humanidade (FREUD, 1932, p. 206).

Reduzir os danos da política, do direito de punir e do consumo, eis a nossa direção!

6 CAPÍTULO III – REDUÇÃO DE DANOS: ESCOLHA CIVILIZATÓRIA

*Tudo o que estimula o crescimento da civilização
Trabalha simultaneamente contra a guerra. (Freud)*

6.1 Breve percurso da redução de danos no mundo

A epidemia de AIDS traz à tona a discussão acerca da redução de danos, reatualizando a importância de sua adoção como medida preventiva à disseminação do vírus do HIV. O nexo existente entre o hábito do compartilhamento de seringas por usuários de drogas injetáveis e a transmissão das hepatites B e C fundamenta a retomada da redução de danos e o início dos programas de troca de seringas. Taniele Rui (2014, p. 73) afirma que foi do

alerta crescente em relação à AIDS que os programas de troca de seringas se espalharam por todo o globo desde o fim dos anos 1980, visando o combate à epidemia, e se constituíram na face mais visível de uma reorientação do enfoque de tratamento político e sanitário da questão das drogas.

Entretanto, a origem da redução de danos, enquanto estratégia de tratamento das consequências de uso prejudicial de drogas, localiza-se em momento histórico anterior ao advento da epidemia de AIDS. Cabe à Inglaterra (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008; NARDI; RIGONI, 2005; RIBEIRO, 2013) o pioneirismo nesse campo. O Relatório Rolleston, de 1926, é tido como o marco histórico da redução de danos. Esse documento – resultado de uma encomenda feita pelo governo a um grupo de especialistas – relata a experiência de “um grupo de médicos [que] recomendava a prescrição de heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas de abstinência”. (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008, p. 12). A esse respeito, Gerry Stimson (1998, p. 23) nos diz que

a ideia de reduzir os danos secundários ao uso de drogas constitui um enfoque habitual da resposta britânica ao problema das drogas. A ideia (embora não propriamente a terminologia hoje empregada) pode ser identificada nas recomendações do Comitê Humphrey Rolleston, datadas de 1926. Este comitê considerava como prática clínica legítima a prescrição de drogas “aditivas” àqueles a elas aditos. Essa recomendação permitiu que os médicos tivessem o direito de prescrever para os aditos, prática endossada ao longo dos quarenta anos subsequentes por sucessivos relatórios. A ideia [de redução de danos] aparece nas publicações underground dos anos 60, reaparecendo no início da década de 80, por meio do aconselhamento acerca da minimização dos danos secundários ao uso de solventes orgânicos.

Ribeiro (2013, p. 48) aponta que a política decorrente do relatório pautava-se nas necessidades dos usuários e na normalização de suas vidas, o que implicava a “administração da droga e seu monitoramento, por um médico, a esses indivíduos”.

Prescrição de drogas para uso em locais adequados e sob cuidados profissionais, terapias de substituição e, posteriormente, os programas de troca de seringas marcarão o percurso da redução de danos, em particular, na Europa e nos Estados Unidos, nos anos e décadas posteriores à pandemia de AIDS. Nos Estados Unidos, cabe assinalar que a implantação da redução de danos enfrentou forte resistência de governos e sociedade e o veto ao financiamento público dos programas de troca de seringas. Mas é preciso registrar outro “nascimento” da redução de danos e este articulado ao campo do direito.

Em 1976, na Holanda, é sancionada uma lei que discrimina as drogas de acordo com seu potencial de dano, passando a serem classificadas entre as de risco aceitável ou leves (maconha e haxixe) e as de risco inaceitável e pesadas (cocaína, heroína, anfetaminas e LSD).

Verster (1998, p. 116) aponta que

essa distinção entre drogas pesadas e leves tinha o propósito de dividir os mercados de droga e de prevenir que as pessoas que fumavam maconha entrassem na cena das drogas pesadas.

O consumo de narcóticos – termo adotado pela referida autora – “não é proibido e a posse de até 05 gramas de maconha é tolerada”. (VERSTER, 1998, p.116). Além da regulação legal, a autora aponta como elementos importantes as políticas de saúde e assistência social, cuja abordagem é orientada pelo conceito de redução de danos, o qual “ênfatiza a questão da saúde pública e tenta reduzir o dano decorrente do uso de drogas, tanto para os próprios consumidores quanto para a população em geral”. (VERSTER, 1998, p.116).

Ao refletir sobre o percurso de vinte e cinco anos da redução de danos na Holanda Ernst Buning (BUNING, 2006) apresenta algumas das intervenções que desenvolvem – equipes de redutores de danos nas ruas, atuação junto a delegacias e hospitais, uso de metadona como terapia de substituição e seu ônibus – e destaca os resultados obtidos, em especial, com a terapia de substituição:

A metadona ajudou-lhes [os usuários de heroína] a estruturar suas vidas, afastou-os do ambiente das drogas, eliminou o comportamento criminal, eliminou ou reduziu o uso injetável, reduziu o risco de infecção por HIV [...] o tratamento com metadona criou um bom vínculo com os pacientes [...] a terapia de substituição não nos deu a “bala mágica”, mas salvou muitas vidas e contribuiu muito para o controle de um problema social e médico complexo (BUNING, 2006, p. 349).

Quanto ao programa de troca de seringas, desde o primeiro estudo de avaliação de sua eficácia, foi encontrado que o padrão de uso de drogas não sofreu alteração significativa e houve uma drástica redução do compartilhamento de agulhas e seringas. (BUNING, 2006).

Wodak (1998) sintetizou em um quadro comparativo, apresentado abaixo, o contraste entre as duas propostas: redução de danos e abordagem tradicional.

QUADRO 3

Redução de danos x abordagem tradicional

(Continua)

Redução de danos	Abordagem tradicional
Aceita a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade, define seu objetivo primário como reduzir consequências adversas desse consumo.	Parte do pressuposto de que é possível chegar a uma sociedade sem drogas, define como seu objetivo central a eliminação de qualquer consumo.
Enfatiza a obtenção de metas “subótimas”, a curto e médio prazo.	Enfatiza a obtenção de metas “ótimas”, a longo prazo.
Orientação – visão tradicional da saúde pública.	Orientação – política populista.
Enfatiza a mensuração de resultados no âmbito da saúde, da vida em sociedade e na economia, frequentemente, com metas definidas e determinados objetivos.	Enfatiza a mensuração da quantidade de drogas consumida.
Enfatiza a efetividade e a relação custo-benefício das intervenções.	Enfatiza a obtenção de uma situação de ausência absoluta de consumo de drogas, independentemente do preço a ser pago.
Implementa suas intervenções com envolvimento do público-alvo.	As intervenções são planejadas por autoridades governamentais, possivelmente com contribuições da sociedade de um modo geral.
Enfatiza a importância da cooperação intersetorial entre instituições do âmbito jurídico-policia e da saúde.	A predominância das ações jurídico-políticas é absoluta, o envolvimento das instituições de saúde é restrito e aceito de modo relutante.
Proposta adotada amplamente na Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e alguns países em desenvolvimento.	Apoiada fortemente pelos Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns países asiáticos.

QUADRO 3

Redução de danos x abordagem tradicional

(Conclusão)

Redução de danos	Abordagem tradicional
<p>Enfatiza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, fazendo com que as atividades de repressão se dirijam basicamente ao tráfico de grande escala.</p> <p>Julga que as atividades educativas referentes às drogas devem ser de natureza factual, ter credibilidade junto ao público-alvo, basear-se em pesquisas e traçar objetivos realistas.</p> <p>Inclui drogas lícitas, como o álcool e o tabaco.</p> <p>Dá preferência à utilização de terminologia neutra, não pejorativa e científica.</p>	<p>Enfatiza a eliminação da oferta de drogas, com tolerância zero em relação a todos os seus usuários, inclusive aqueles que fazem uso moderado das mesmas.</p> <p>As atividades educativas referentes às drogas veiculam uma mensagem única de abstinência de drogas. “Diga não às drogas.”</p> <p>Restringe-se às drogas ilícitas.</p> <p>Dá preferência à utilização de terminologia veemente e valorativa.</p>

Fonte: WODAK, A. *Redução de danos e programas de troca de seringas*. Brasília: MS, 1998. p. 55.

Nesse percurso histórico breve, merece destaque o trabalho desenvolvido pelo Maryland Center – em Liverpool, Inglaterra –, considerado o primeiro centro de redução de danos, que realiza, além das terapias de substituição, a troca de seringas e agulhas e a distribuição de heroína para dependentes, retomando, portanto, a experiência do Comitê Rolleston. POLLO-ARAÚJO; MOREIRA (2008) registram, acerca desse trabalho, os seguintes efeitos: redução drástica de óbitos por overdose, diminuição das taxas de contaminação e o afastamento dos usuários do universo da criminalidade.

Liverpool sediou, em 1990, a I Conferência Internacional de Redução de Danos associados às Drogas, que serviu de palco para a criação, em 1996, da Associação Internacional de Redução de Danos. Esta tinha como seus objetivos “apoiar o desenvolvimento da redução de danos, permitir a troca de conhecimentos por meio de conferências internacionais e proporcionar um ambiente de suporte para todos que trabalham com redução de danos”. (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008, p. 12).

Nos dois países de surgimento da redução de danos – Inglaterra e Holanda –, há um predomínio de intervenções com usuários de drogas injetáveis, que vão da terapia de substituição aos programas de troca de seringas. Na Holanda, contudo, registram-se duas estratégias, além das mencionadas, que são: a adoção de nova regulação relativa ao consumo de drogas e a criação de locais para uso seguro – os *coffee shops*. Porém, cabe ainda ressaltar que, nos dois países, assim como em outros, quando os programas de troca de seringas se expandirem, as ações de redução de danos buscarão alcançar o que Verster (1998, p. 117) nomeia como “população oculta”, ou seja, a parcela de usuários que não acessa os serviços. Na Holanda, assim como no Reino Unido, Nepal e outros países foram implantados serviços que atuam nas ruas, realizando intervenções com os usuários nas “cenas de drogas”.

Sujata Rana (1998, p. 129) descreve o trabalho desses serviços como “amigáveis para o usuário e orientado para o cliente” e afirma

as instituições não devem esperar que os usuários de drogas injetáveis comecem a frequentar os serviços como a troca de agulhas em ambientes formais. [Deve-se] alcançar as pessoas onde elas vivem. As atividades *outreach* em um ambiente natural de usuários de drogas injetáveis ajudam a estabelecer uma relação de confiança entre os *CHOW* (trabalhadores comunitários de saúde) e o cliente baseada antes nas necessidades do usuário de drogas injetáveis do que nas prioridades do serviço.

A Suíça foi outro país a desenvolver importante prática de redução de danos, com a implantação das “narcossalas” para uso seguro de heroína. Ressalta-se que esse país apresentou, “durante a década de 90, as taxas mais elevadas de dependência em drogas pesadas, sobretudo heroína, da Europa ocidental”. (CARVALHO, 2010, p. 178). Iniciando com a distribuição de agulhas estéreis, em locais determinados, e deparando-se com a concentração de usuários nessas localidades e com o aumento da delinquência urbana, redefine a estratégia fechando os “parques das agulhas”, como se tornou conhecida essa experiência.

Contudo, e apesar da contestação da opinião pública, verificou-se uma drástica redução no número de infecções por HIV. O passo seguinte, após o fechamento dos parques, foi a criação dos centros de prescrição de heroína – as narcossalas. Dentre os resultados alcançados com a criação desses centros e a prescrição de heroína, Salo de Carvalho (2010) citando Eisner e Killias, afirma que

os resultados demonstraram que o tratamento com heroína é mais eficiente que as demais alternativas [referindo-se, principalmente, aos programas de metadona] para motivar os tóxico-dependentes para participar, permanecer e respeitar as regras do tratamento, bem

como para abandonar as práticas de delitos (CARVALHO, 2010, apud EINSER & KILLIAS, 2004, p. 283).

A experiência holandesa do programa de troca de seringas tem um curioso início e revela uma das marcas mais significativas da redução de danos e que ainda hoje funciona como uma de suas diretrizes: a participação direta dos usuários. Autores como Souza e Carvalho (2015, p. 218) reconhecem, na redução de danos, um dispositivo

em que os usuários podem falar em nome próprio. Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que os criminalizam.

Consonante com essa afirmativa, a Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas (LANPUD) declara no manifesto “nada a nosso respeito, sem a nossa participação:²³ “Não somos parte do problema, somos parte da solução!”

Como já registrado no Capítulo II, a inclusão da redução de danos nos textos oficiais revela a ambiguidade do tratamento dispensado a ela pelos organismos internacionais, com a saúde reconhecendo e incentivando a implantação da redução, mas as convenções e conferências de drogas não a admitindo. Exemplifica essa situação, por exemplo, a decisão adotada na Reunião da Comissão de Drogas Narcóticas(CND)de 2009, em cujo relatório foi vetada a menção à redução de danos e se optou por referir-se apenas a “serviços de apoio relacionados”. Do lado da saúde, contudo, a Organização Mundial da Saúde, por meio de um Comitê de Especialistas, aponta a redução de danos como estratégia preventiva às “consequências negativas adversas do consumo, sem objetivar primariamente a redução desse consumo”. (BOITEUX et al, 2009,p. 45).

6.2 Histórico brasileiro da redução de danos

Santos, município do litoral paulista, foi a primeira cidade a tentar implantar a redução de danos no Brasil. Mesquita (1998), no artigo intitulado “Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis – polêmica nacional”, traça o percurso dessa tentativa, realizada no ano de 1989 e as resistências e oposições com as quais se defrontou.

²³ O manifesto “Nada a nosso respeito, sem a nossa participação” pode ser acessado no endereço eletrônico <<http://lanpud.blogspot.com.br/2012/10/nada-nosso-respeito-sem-nossa.html>>.

Importante porto brasileiro, a cidade apresentava – naqueles anos – um dos mais altos índices de contaminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis do país. Uma questão, de acordo com Mesquita (1998), mobilizou e orientou os gestores da saúde, levando-os a propor a implantação da redução de danos. A pergunta que eles se faziam era: “como, em uma cidade em que mais de 50% dos casos de AIDS tinham como forma de contágio o uso de drogas injetáveis, nada de específico se fazia para controlar a doença nessa população?”. (MESQUITA, 1998, p. 101). Importante destacar que a cidade havia alcançado relevantes resultados na prevenção e assistência aos usuários portadores do vírus do HIV e acometidos pela AIDS. Mas restava, sem solução, a situação dos usuários de drogas injetáveis.

A partir da análise de experiências internacionais e seus resultados positivos, a pergunta conduz à elaboração de uma resposta: a redução de danos. Contudo, um erro de estratégia selou o fim antes do início. Ao ser divulgada, antes de seu efetivo início, a proposta da saúde municipal acabou ensejando uma resposta do Ministério Público que a inviabilizou. Esse órgão impetrou ação contra os gestores, alegando, com base na Lei nº 6.368/76, apologia ou incentivo ao uso. “Dessa forma, os promotores confundiram o inconfundível: os objetivos das autoridades de saúde pública e os objetivos dos traficantes.” (MESQUITA, 1998, p. 102). Desse fim prematuro, a experiência deixou de ser uma ação pública para se tornar uma ação da sociedade, apoiada pelo poder público e com novo formato: não mais troca de seringas, mas distribuição de hipoclorito para desinfecção de seringas e agulhas. Essa também foi a estratégia adotada pelo Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que, de acordo com POLLO-ARAÚJO; MOREIRA (2008), realizava também o treinamento de usuários para atuarem em campo, orientando outros usuários quanto ao não compartilhamento do material de injeção e à necessidade da desinfecção das seringas. Destaca-se que o trabalho de formação de “*outreachworkers*” (redutores de danos) é desenvolvido pelo PROAD desde 1990, conforme afirmam Silveira et al²⁴ e a entendem como “paradigma que permeia diversos aspectos do trabalho na área de uso e abuso de substâncias psicoativas [...] que não se contrapõe ao modelo que visa a abstinência de drogas, mas o considera como uma das estratégias possíveis entre várias outras”.(HAIEK et al, 2015, p. 4)

Decorridos seis anos após a tentativa santista, ou seja, em 1995, foi implantado no Brasil o primeiro programa de troca de seringas na cidade de Salvador. Ribeiro (2013) destaca, como

²⁴ Redução de Danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD. Artigo disponível em:<http://www.proad.unifesp.br/pdf/artigos/rd_proad.pdf>.

dado que contribuiu para a implantação desse projeto, sua locação institucional: a universidade. O Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, sediou o projeto e foi, também, o lócus de criação do Consultório de Rua: dispositivo clínico de atenção a usuários de drogas em situação de rua. Incorporado à Reforma Psiquiátrica em 2010, tal dispositivo se inseriu, inicialmente, no conjunto dos serviços substitutivos criados por essa política e, assim como os demais serviços, foi introduzido em um contexto no qual a presença de usuários de drogas injetáveis já não predominava. Essa realidade, aponta-nos Taniele Rui (2014), determinou uma modulação das estratégias de redução de danos.

Há registro ainda de implantação de programas de troca de seringas em Porto Alegre. Taniele Rui (2014) nos diz que essas duas cidades – Salvador e Porto Alegre – iniciaram os “primeiros grandes programas de intervenção junto a usuários de drogas injetáveis, tornando-se escolas para todos os que se seguiram”. (RUI, 2014, p. 74). A esse percurso inicial, a autora acrescenta que foram implantados no país, de 1995 a 2003, cerca de 200 programas de redução de danos.

A expansão da redução de danos no Brasil deu-se tanto no campo legislativo, com a aprovação de leis estaduais de redução de danos em alguns estados, quanto no executivo, com a adoção, pelo Ministério da Saúde, em 1994, do Projeto Drogas, política conduzida pelo Programa Nacional de DST/AIDS e apoiada pelo Banco Mundial e *United Drug Control Program* (UNDCP). Esse projeto – apoiado, integralmente, pelo Conselho Federal de Entorpecentes – visava a prevenir o abuso de drogas e as DST/AIDS e tinha como subprojeto a “troca de seringas aos usuários de drogas injetáveis”. (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008, p. 12).

A troca de agulhas e seringas ou a desinfecção das últimas marcaram também no Brasil o início da redução de danos e constituem a base de sua estratégia. Importante recordar que, naquele momento, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 25% dos casos de AIDS estavam associados a usuários de drogas injetáveis e “os programas de redução de danos surgem como uma resposta pragmática à devastadora epidemia”. (RUI, 2014, p. 75). Na sequência, esses programas ampliarão seu escopo de atuação, passando a incluir a prevenção a tuberculose, hepatites B e C e às doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, a redução de danos permanece inscrita no campo da DST/AIDS. O encontro com a saúde mental e sua

política dar-se-á mais adiante e desenhará nova parceria, que, por sua vez, enfrentará antigas e novas resistências.

A epidemia de AIDS introduziu, no campo das toxicomanias ou da adição às drogas, uma face na qual o que se destacava eram o risco do contágio e o desenvolvimento posterior de um quadro de morbidade específico, no caso as hepatites B e C e a AIDS; assim, ficavam encobertos, em alguma medida, o laço dos sujeitos com as drogas. Nas palavras de Claude Olivenstein (1992, p. 97), a AIDS permitiu

à psiquiatria se reapropriar do mundo da toxicomania [...] permitiu a reintrodução massiva do médico. O médico nada tem de pejorativo em si, ao contrário; mas foi preciso contê-lo na medida em que a aventura do toxicômano é, ao mesmo tempo, uma doença e uma não doença.

Num paralelo com o que ocorre com as legislações sobre drogas – processo no qual as condutas relativas às drogas, em especial o consumo, deixam a esfera da condenação moral, dos controles sociais informais, para inscreverem-se como condutas puníveis –, podemos ver, e a afirmativa de Olivenstein (1992) é elucidativa a esse respeito, que também na clínica ocorre deslocamento similar: saímos do campo da condenação moral para o campo da doença.

Ao mesmo tempo em que a epidemia de AIDS “favoreceu” a retomada da redução de danos, dando-lhe visibilidade, a base de sua atuação – a troca de seringas e distribuição de insumos – surge, para os que atuam nesse campo, como uma preocupação, dada a possível captura e restrição de seus sentidos à mera instrumentalização. Isso poderia resultar no esvaziamento de sua potência política e de luta pelos direitos humanos. De nossa parte, acrescentamos – o que mais à frente pretendemos apresentar – que a instrumentalização pode conduzir ao esvaziamento da potência clínica presente na redução de danos.

6.3 Redução de danos, luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: laços em defesa da vida

O decréscimo da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e a baixa presença destes no campo de atuação dos redutores, aliados ao aumento do consumo de *crack*, impuseram, na dimensão do cuidado, mudanças na atuação dos redutores e adoção de novas estratégias, e do lado da política, ensejaram o deslocamento das ações de redução de danos da DST/AIDS para as ações e política de saúde mental.

O deslocamento da inscrição da redução de danos e sua passagem da DST/AIDS para a saúde mental não se realizou sem tensões. Mesquita (1998, p. 104) expressa essa tensão quando afirma: “o *crack* é o mais novo argumento de quem insiste em minimizar o papel do uso de drogas injetáveis”. Taniele Rui (2014, p. 88) assinala que a migração do lócus institucional da AIDS para a saúde mental implicou um deslocamento simbólico e

os ideais da redução de danos foram deixando de estar restritos às políticas mais pragmáticas de combate a doenças específicas (como no caso da AIDS) e, saindo daí, passaram a ganhar e pleitear no debate público o estatuto e a fala oficial da política sanitária sobre drogas, bem como a compor, inclusive em termos institucionais, um conjunto de ações que, no atual momento, estão a cargo das pastas de saúde mental.

A portaria que institui os Centros de Atenção Psicossocial (PGM– Portaria do Gabinete do Ministro – 336/02) marca a inclusão da temática das drogas no escopo das ações da saúde mental ao instaurar um dispositivo de atenção especializada para usuários de álcool e outras drogas dentro da Reforma Psiquiátrica, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad). Posteriormente, a Portaria 1.059/05 institui um incentivo para o desenvolvimento de ações de redução de danos nesses dispositivos.

Duas questões merecem ser apontadas. Primeiro, a presença de usuários de drogas, especialmente de álcool, não é estranha aos territórios da saúde mental e se fez notar desde o interior dos hospitais psiquiátricos. Em texto no qual reflete o início da organização dessa política, Alves et al (1994, p. 198) apontam que “em 1992 35,6% dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos tinham diagnóstico associado ao alcoolismo”. Sendo assim, observa-se uma expressiva presença que, contudo, foi posta de lado e não se destacou ao ponto de receber da Reforma Psiquiátrica, naquele momento, uma inscrição própria.

Em estudo recente e restrito a Belo Horizonte, Vivian Coelho et al (2014, p. 8) analisam a alteração do perfil de atendimento de dois hospitais psiquiátricos públicos²⁵ no período de 2002 a 2011 e constatam que:

Um dos achados mais importantes no presente estudo é a tendência de inversão nas morbidades mais frequentes nesses hospitais, com os transtornos ligados a abuso e dependência de substâncias ultrapassando o número de atendimentos por transtornos psicóticos no ano de 2011. É improvável que este fenômeno se associe diretamente a variações de prevalências na comunidade. Ao contrário, é razoável supor que o fenômeno esteja associado com a marcante diferença na efetividade dos tratamentos para as psicoses e para a dependência e, também, à dificuldade de acesso aos tratamentos especializados para essas últimas.

²⁵ Os hospitais pesquisados foram o Instituto Raul Soares e o Hospital Galba Veloso, ambos da rede FHEMIG – Fundação Hospitalar de Minas Gerais, localizados em Belo Horizonte e referências para o atendimento de pacientes de todo o estado.

A Reforma Psiquiátrica tinha como orientação as questões postas pela loucura para a cidade e a cidadania. Birman (1992), Bezerra (1992), Delgado (1992) e Lobosque (1997) expressam esse ponto de modo claro. Distinguir as razões que levaram a política a essa escolha ultrapassa os limites deste estudo, mas é possível apontar que a Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como experiências de superação do hospital psiquiátrico realizadas em outros países, tomou a seu encargo, como estratégia de desconstrução da instituição manicomial, a tarefa de “fazer caber a experiência da loucura” na cidade e na cultura. Dessa forma, a mudança na resposta da cidade à loucura que a habita se inicia na e com a saúde e os novos modos de cuidar do homem louco, mas deve necessariamente ultrapassar os muros sanitários para dialogar com a cultura.

E em segundo lugar, a inclusão tardia dos usuários de álcool e outras drogas na saúde mental, pode ser compreendida como reflexo da falta de priorização dessa questão pela saúde. Em documento de 2003, o Ministério da Saúde reconhece essa lacuna.

Os principais limites observados pela não priorização, por parte do Ministério da Saúde, de uma política integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, podem ser percebidos a partir do impacto econômico e social que têm recaído para o Sistema Único de Saúde – SUS, seja por seus custos diretos, seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas; isto também ocorre no que se refere ao resgate do usuário do ponto de vista da saúde (e não tão somente moralista ou legalista), e em estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade. Internamente à Saúde, ressalta-se a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS, não explorando as suas possibilidades para a prevenção e assistência (MS, 2004, p. 7).

Além dos hospitais psiquiátricos e gerais, em cujos leitos usuários de álcool e outras drogas encontraram acolhida – como mencionado acima –, é importante localizar uma resposta constituída na década de 1980: a criação de Centros Especializados na pesquisa, prevenção e/ou tratamento de usuários de drogas. Machado nos diz a esse respeito que

em 1988, esses centros foram reconhecidos pelo CONFEN como centros de referência nas áreas de pesquisa, prevenção e/ou tratamento. Muitos deles foram criados nas universidades públicas como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO) da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo da UNIFESP. Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco. [...] Esses centros tinham perfis diferentes, mas tiveram e – muitos deles ainda

têm – grande importância na produção de conhecimentos e de pesquisas na área de drogas, bem como na construção de uma prática clínica com alcoolistas e toxicômanos no Brasil [...] De modo geral, pode-se dizer que esses centros contribuíram ainda para a produção técnico-científica relacionada ao tema drogas e para o desenvolvimento de práticas de atenção, de prevenção, de tratamento e de redução de danos. [...] **suas práticas nem sempre estiveram articuladas à formulação de políticas públicas de saúde**, mas inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, não centradas em uma perspectiva moralista ou repressiva (MACHADO, 2006, p. 44-45, grifo nosso).

O lócus institucional da maioria dos Centros Especializados – a universidade em parceria com o Conselho Federal de Entorpecentes– e, como aponta Machado (2006), a direção de suas práticas, somados a opção feita pela Reforma Psiquiátrica, podem ter contribuído para a produção dessa lacuna. Contudo, parece-nos importante salientar no documento do Ministério da Saúde dois pontos: o primeiro se formula como uma orientação; e o segundo, reconhece a existência de instituições que, no vácuo de respostas públicas, se constituíram como “modelo” de tratamento.

No marco teórico-político, o enunciado do referido documento é bastante preciso quanto à posição a ser adotada pela política.

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (MS, 2004, p. 9).

E já antecipando o debate que se tornaria mais acirrado nos anos posteriores, especialmente no momento de formulação e apresentação do Plano “*Crack, é possível vencer*”, afirma sobre as comunidades terapêuticas:

Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de “tratamento” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (MS, 2004, p. 7).

Ressalta-se ainda que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) – fórum de deliberação da política de saúde mental, da qual participam usuários, trabalhadores, gestores, academia e prestadores de serviços – também firmou posição em relação às comunidades terapêuticas e posicionou-se contrariamente à destinação de recursos públicos para essas instituições por reconhecer nelas e em sua prática a reprodução da lógica manicomial.

6.4 Comunidades Terapêuticas: retorno do manicômio?

O encontro da redução de danos com a Reforma Psiquiátrica se dá, portanto, num contexto diverso do momento inaugural, em que já não são as drogas injetáveis e a epidemia de AIDS as preocupações centrais, mas o consumo de drogas, e, em especial, o consumo de *crack* e as novas cenas geradas em seu entorno percebido e apontado como crescente. Mas, sobretudo, e no plano terapêutico, esse encontro é atravessado pela presença e modelo de tratamento das chamadas comunidades terapêuticas.

As críticas à inclusão dessas instituições nas políticas públicas podem ser sintetizadas em três pontos: a incompatibilidade dada pelo caráter religioso que as orienta e confronta-se com o princípio de laicidade do Estado; a privatização dos serviços públicos, perspectiva que compromete a construção do Sistema Único de Saúde; e a adoção de métodos terapêuticos que violam direitos humanos recusados pela Reforma Psiquiátrica.

Cabe registrar que, no contexto de discussão acerca do consumo de *crack* no país, essas instituições – em sua maioria privadas e de caráter religioso – foram incluídas pelo governo federal na rede de atenção psicossocial, assim como nas políticas sustentadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Organizadas em federações, essas entidades mobilizam e recebem expressivo apoio legislativo em todos os níveis de governo, contam na Câmara Federal com uma Frente Parlamentar Mista de Defesa de seus interesses e recebem verbas públicas de diferentes órgãos e níveis de governo, mesmo em face de recorrentes denúncias de práticas de violação de direitos humanos.²⁶

Contrastando a proposta das comunidades terapêuticas, como descrito por Taniele Rui (2014), com o enunciado do Ministério da Saúde sobre os princípios da Redução de Danos e Reforma Psiquiátrica, pretendemos localizar os pontos de contradição apresentados.

Um dos princípios que orienta o tratamento ofertado por essas instituições fundamenta-se no pressuposto de que é preciso afastar o usuário de suas redes sociais, retirá-lo da vida e submetê-lo a um ambiente artificial e disciplinar. Ou seja, tratar volta a ser sinônimo de exclusão e segregação. Tal orientação contradiz a ética proposta pela luta antimanicomial e

²⁶A esse respeito, consultar o site do Conselho Federal de Psicologia, o Observatório de Saúde Mental e Direitos Humanos, além do Relatório da IV Inspeção Nacional de Direitos Humanos, no mesmo site: <<http://osm.org.br/osm/noticias/>>. Ver também <<http://saude-livre.blogspot.com.br/p/links-com-denuncias-de-maus-tratos-em.html>> e <<http://www.cressrj.org.br/download/arquivos/relatorio-ct-financiadas-pelo-gov-est-rj-junho-13.pdf>>

assumida pela Reforma Psiquiátrica do cuidado em liberdade. Para a Reforma Psiquiátrica, tratar implica buscar e fortalecer os laços dos sujeitos, ampliando, e não restringindo, os recursos e as redes de suporte destes.

O afastamento do usuário de seu meio e do agente indutor de sua “doença” – a droga –, o trabalho “terapêutico” e as orações reeditam o tratamento moral de Pinel e visam a alcançar a abstinência e a normalização dos sujeitos, ou seja, sua adequação aos tipos morais socialmente aceitos. É importante destacar que, se tais princípios orientam o cotidiano do tratamento ofertado nessas instituições, enquanto discurso, fazem laço com a política de guerra às drogas e reproduzem sua lógica binária. Noutros termos: a abstinência inscreve-se do lado do bem, do não às drogas, e o uso, necessariamente, do lado do mal e do sim às drogas.

O discurso que orienta essa prática divide e organiza a percepção sobre as drogas em pares de opostos: adicto/abstinente, normal/patológico, dentro da lei/fora da lei; saúde/doença e bem/mal.

A metodologia de tratamento ignora as diferenças materiais e simbólicas entre as substâncias, o que parece estar em questão é o fato de que, uma vez adicta, a pessoa que entra em contato com qualquer droga desenvolve uma compulsão que a leva inexoravelmente ao vício (RUI, 2014, p. 97).

A metodologia dos 12 passos, ao lado das orações e do trabalho, são os recursos que compõem o arsenal terapêutico das comunidades terapêuticas. Dos 12, o primeiro passo, diz Taniele Rui (2014), é o mais importante. E, no percurso de tratamento, retorna-se, sempre, a esse ponto, pois a entrada no tratamento, o primeiro passo, implica na admissão – pelo usuário – de seu fracasso. É preciso que cada sujeito reconheça e rememore a perda de controle sobre a própria vida e sua impotência frente às drogas. O sentido desse retorno visa a:

Evocar o que internamente chamam de intolerável limiar da dor, isto é, o ponto final da destruição, da dor física, moral, da dignidade e da ética que torna possível aceitar o programa. Só com a dor é possível aceitar que o controle da vida foi perdido e que há a necessidade de ajuda [...] a partir desta lembrança é que o tratamento tem êxito, que as ideias de doença e de adição se concretizam e que se almeja a possibilidade de viver sem drogas (RUI, 2014, p. 100-101).

O Conselho Federal de Psicologia (2011, p. 190), no Relatório da IV Inspeção Nacional de Direitos Humanos, apontou esta contradição:

“O modo de tratar”, afirma o CFP, “visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados”.

Dênis Petuco (2010), Tadeu Souza e Sergio Resende Carvalho (2015) corroboram essa afirmativa e chamam a atenção para o que nomeiam como “discursos autorizados” sobre as drogas.

Só há dois discursos autorizados às pessoas que usam drogas: os discursos desesperados e os discursos heroicos. São estes os discursos que veremos transitar com liberdade em inúmeros contextos: nos depoimentos, nas entrevistas, nas reportagens, nas palestras, nos filmes sobre drogas. Os discursos desesperados nos falam da ausência de perspectiva, da busca por tratamento, do desejo de ser parado por algo externo, já que a pessoa diz-se impotente diante de sua própria vontade; já os discursos heroicos nos falam do vitorioso, daquele que derrotou as drogas, que superou a própria vontade (PETUCO, 2010, p. 91).

Tadeu Sousa e Sergio Carvalho (2015, p. 217) complementam.

No regime de criminalização e de condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso. [...] a perspectiva dos usuários de drogas que vivem a usá-las, nunca pode ser tomada como um discurso politicamente válido.

Com perspectiva distinta, mas articulada à apontada acima, Vargas (2001) nos provoca a pensar a diferença entre os discursos dos especialistas em drogas e os discursos dos usuários. De maneira geral, os especialistas operam com as ideias de erro, falta ou “fraqueza física e/ou moral, psíquica e/ou cultural, política e/ou social”(VARGAS, p. 3, 2006) e, ao insistirem nas questões do porquê do uso ou qual seu significado, não conseguem captar a dimensão da experiência que os usuários realizam com tais substâncias.

O porquê ou o uso de drogas são regularmente imputados a uma falta ou fraqueza [...] habituamo-nos a pensar que o consumo de drogas seria uma resposta a uma crise ou a uma carência qualquer: consomem-se drogas porque faltam saúde, afeto, cultura, religião, escola, informação, dinheiro, família, trabalho, razão, consciência, liberdade etc. [...] (VARGAS, 2006, p. 3).

Do lado dos usuários, as questões postas se articulam em torno da experiência e seus efeitos.

Ao apontar tais diferenças, o autor não está propondo a simples troca de sinal entre as percepções ou perguntas, ou seja, não se trata de afirmar como positiva e acertada a perspectiva dos usuários em contraponto com a dos especialistas, mas de buscar ir além do modo habitual de abordagem da questão, previamente qualificado no campo do erro, para formular perguntas que possam se aproximar da experiência e alcançar a singularidade de um modo de uso, o prazer que proporciona e os riscos que comporta.

Um tratamento que só encontra possibilidade fora do laço, no esvaziamento do discurso do sujeito e na objetificação da experiência na categoria da doença, pontos de síntese da terapêutica moral e religiosa, aproximam as concepções do modelo de tratamento das comunidades terapêuticas com a lógica manicomial.

Foucault (1987) nos alerta que a grande internação – fato decisivo na posterior constituição do manicômio – sintetiza uma nova percepção da miséria, e, de modo obscuro, é uma punição a esta, no momento em que a caridade torna-se laica – um problema de Estado respondido pela polícia. Operando com a mesma lógica punitiva e segregativa, o manicômio dos drogados – as comunidades terapêuticas –sacralizam e privatizam a assistência pública, em nome do imperativo moral da abstinência às drogas.

O estereótipo do consumidor/doente traduz, para a experiência da adição, a redução antes operada pelo saber técnico-científico em relação à loucura.

Abstinência como meta, dependente químico como diagnóstico e internação compulsória como medida são acionados como um círculo vicioso que individualiza o fracasso e, ao mesmo tempo, possibilita uma intervenção de corte populacional, um regime de saber-poder-subjetivação que é simultaneamente individualizante e totalizador: uma biopolítica sobre as drogas (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 224).

Pode-se afirmar, portanto, que o tratamento proposto pelas comunidades terapêuticas visa não o alívio da dor, mas sua agudização. Localiza-se, então, outro ponto de contraposição entre a lógica das comunidades terapêuticas e a orientação proposta pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica, qual seja: o tratamento visa a ampliar os espaços de liberdade e defender a vida, e não normalizar e adequar os sujeitos a um padrão de vida e modelo de homem ou cidadão. E mais grave: uma terapêutica que produz aumento do sofrimento não trata. Mas, tortura. E assim contraria o princípio hipocrático do *primum non nocere* (em primeiro lugar, não cause dano) e viola direitos. Ademais, para a Reforma Psiquiátrica vale a máxima: trata-se para fazer caber o singular no universal da cidadania.

[A redução de danos] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. [...] a redução de danos oferece-se como um método [...] que está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando (MS, 2004, p. 10-11).

6.5 Mapa de navegação para entrada em campo

Para tratar da inserção da saúde nesse campo, faremos um sintético percurso acerca de alguns dos discursos que constituem a clínica das toxicomanias e o campo da saúde pública, na qual se inserem a saúde mental e a redução de danos.

A entrada da saúde nesse universo é sinalizada por diversos conceitos, tais como “toxicomania”, “dependência” e “adição”. Nomeações dadas pelo saber técnico-científico, político e jurídico ao consumo de substâncias psicoativas que se constituem como pilares da percepção contemporânea e orientadores da prática clínica e social com usuários de substâncias psicoativas.

Sobre a toxicomania, Henrique Carneiro (2010) afirma que esta foi isolada e constituída – como categoria clínica autônoma – no século XIX, no ano de 1885, por Emmanuel Régis. E encontrou, segundo Jésus Santiago (2001, p. 69), suas “origens na psiquiatria, mais especificamente, na discussão sobre a mania aplicada à problemática dos atos impulsivos”. Contudo, acrescenta esse autor, a controvérsia que acompanha o debate acerca da monomania instintiva e o conflito instalado entre os campos médico e jurídico alcançará tal proporção que “as próprias condições de produção da categoria de toxicomania na psiquiatria se tornaram quase apagadas” (SANTIAGO, 2001, p. 69).

A origem da toxicomania na discussão do conceito de mania demonstra, de imediato, a dificuldade que a disciplina psiquiátrica encontra para organizar esses elementos clínicos numa classificação nosológica mais rigorosa. Detectar uma sensibilidade aos tóxicos, que, muitas vezes, encobre um verdadeiro distúrbio do ato impulsivo, revela-se insuficiente para a definição rigorosa de uma entidade clínica (SANTIAGO, 2001, p. 69).

Já o termo “adição”, outra referência simbólica e categoria que orienta a percepção desta experiência, tornou-se consensual no século XIX, momento em que “o modelo orgânico da doença é superado por um modelo patológico”. (CARNEIRO, 2010, p. 190). Em 1919, registra Henrique Carneiro (2010), William Collins recusa o modelo orgânico e passa a defender a noção de “doença da vontade” propondo o termo “adição” para definir tal condição. Esse termo é uma derivação de uma palavra latina com a qual os romanos antigos definiam o cidadão livre que se tornou escravo em razão de dívidas não pagas.

A novidade introduzida no século XIX não dizia respeito às categorias de vício ou dependência, mas

à adoção de uma teoria orgânica da doença, para explicar os comportamentos de uso imoderado de drogas, [e] correspondeu ao clima geral de uma época[...] a ontologização do mal, a construção da nosologia como um jardim das espécies e a busca filatelista de coleções nosográficas levaram à construção de mais uma entidade: a adição e suas vítimas, os adictos (CARNEIRO, 2010, p. 189-190).

Nota-se, portanto, que a “nosologia do vício” e a descrição de hábitos de consumo considerados abusivos são contemporâneos do processo de medicalização e criminalização das drogas e relaciona-se, inicialmente, com as perturbações psíquicas do universo da loucura.

Quanto à dependência – a mais moderna nomeação dada ao hábito de consumir drogas –, Rosa del Olmo (1990) aponta a década de sessenta do século XX como o período de emergência desse termo. O solo que dá origem à formulação desse conceito – diferente daquele no qual floresce a toxicomania e de onde se extrai a adição – é político. Como afirmado anteriormente, os anos sessenta do século passado, foram marcados pelo surgimento de um duplo discurso sobre a droga, o discurso médico-jurídico e à difusão do estereótipo da dependência. Henrique Carneiro (2010) nos diz que em 1978 a OMS substituiu o termo “alcooolismo” – “variante específica da toxicomania” (CARNEIRO, 2010, p. 193) por síndrome de dependência alcoólica e

os manuais de classificação de doenças mentais, especialmente, o DSM, vêm distinguindo [...] duas formas de consumo patológico: o abuso e a dependência, numa classificação que não deixa claro o tipo de consumo que se considera ideal ou almejavável, se totalmente abstermido ou simplesmente moderado. [...] os conceitos de dependência, abuso ou uso indevido continuam, no entanto, a ser objeto de intensa controvérsia, de tentativas de definição e de busca de explicação para as diferentes vulnerabilidades em relação à sua ocorrência. [...] como em outras descrições nosográficas morais nascidas no século XIX, tais como a histeria, a homossexualidade e a toxicomania, o alcooolismo [...] vem sendo não só um recorte estatístico ou uma descrição sintomatológica, mas sobretudo uma forma de controle, uma classificação estigmatizante de poder sobre a autonomia dos indivíduos para sua dominação e regulação, especialmente em relação a sua produtividade laboral [...] continua sendo um aspecto da própria clínica definir o que seja abuso e dependência, pois, em se tratando de aspectos de conduta, são, em última instância, em grande parte subjetivos e singulares (CARNEIRO, 2010, p. 192-193).

O nascimento de uma ciência da embriaguez, concluímos com Henrique Carneiro (2010), se dá “no domínio da medicina legal, da nosologia, da epidemiologia, da saúde pública e das políticas sociais não mais como uma filosofia da alteração da consciência, mas como uma tecnologia de controle social”. (CARNEIRO, 2010, p.190).

Passemos aos sinalizadores do campo da saúde pública.

Em *O nascimento da medicina social*, Foucault (2012) localiza a passagem do modelo privativo para o da medicina social e, contrariando as teses que relacionavam a privatização da prática médica à ideia de um produto da modernidade, indica que o laço entre medicina e

capitalismo não resulta na privatização daquela, mas, ao contrário, em sua entrada e utilização no campo social, público. A hipótese que o orienta

é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo [...] o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 2012, p. 144).

O que nos permite compreender o processo de normalização e medicalização social a que nos referimos anteriormente.

O compromisso ético que ata a medicina pública ao capital – a necessidade de produzir corpos saudáveis para fazer funcionar a engrenagem capitalista – surgirá na segunda metade do século XIX e é no modelo inglês de saúde pública que tal síntese se fará. Na Alemanha, solo de origem da medicina social e coletiva, de acordo com Foucault (2012), esta foi regulada e submetida ao poder do Estado e permitiu a elaboração de um saber sobre este, que, por sua vez, também se constituiu como um lugar de produção de conhecimento; na França, firmou-se como medicina urbana e preocupada com os efeitos nocivos do meio sobre a saúde do indivíduo, dando origem ao conceito de salubridade. Na Inglaterra, por fim, surge uma medicina de Estado para controle dos pobres: a classe perigosa criada pelo capitalismo. Na Alemanha, aponta-nos George Rosen (1979), tem origem o conceito de polícia médica. Ideia que é

um conceito chave em relação a problemas de saúde e doença. Derivada do termo grego *politeia*, constituição ou administração de um Estado, o termo polícia (*policey*) já era empregado por muitos escritores alemães que merecem figurar como precursores do cameralismo [...] na prática, o conceito de polícia médica significava um programa de ação social voltado para a saúde que visava mais ao aumento do poder do que à melhoria das condições de vida da população (ROSEN, 1979, p. 148/188).

Manter-se advertido – quando se vai até onde o povo está – quanto ao traço autoritário e normativo, espectro que sempre ronda a prática e é constitutivo da saúde pública, como já visto, possibilita escapar ao *furor curandis*, e, sobretudo, à intervenção policlesca e corretiva sobre os sujeitos, suas vidas e privacidades, em nome da boa saúde. Exemplificando essa possibilidade, Foucault (2012, p. 169) nos diz que, durante o século XIX, grupos de dissidência religiosa opunham-se ao Estado e tinham como objetivo lutar “contra a medicalização, reivindicando o direito das pessoas não passarem pela medicina oficial, o

direito sobre o próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”.

Advertidos quanto à responsabilidade de buscar escapar e subverter a tradição autoritária, a saúde pública, já há algum tempo, introduziu no léxico sanitário um novo conceito: a *clínica ampliada e compartilhada*. (AMARAL; CAMPOS, 2007).

Proposta como ferramenta teórica para romper com a dicotomia saúde/doença, para intervir e alterar processos de trabalho duros, hierarquizados e fragmentados que caracterizam o cotidiano das práticas sanitárias, a clínica ampliada objetiva pôr em cena os sujeitos e sua subjetividade, reconhecendo, nas demandas apresentadas, o detalhe singular que a define.

Adotando como eixos fundamentais – e coerentes com os princípios do SUS – a compreensão ampliada do processo saúde/doença; a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do objeto de trabalho; a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais, os autores propõem o retorno à clínica, entendida como prática de cuidado realizada por sujeitos para um sujeito, e apontam o vínculo transferencial como um dos orientadores do processo de trabalho.

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Um usuário pode associar um profissional com um parente e vice-versa. Isto [o vínculo] ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela (MS, 2009, p.25).

Gastão Wagner e Márcia Aparecida do Amaral (2007, p. 6) detalham no artigo “Reforma cultural e epistemológica da clínica praticada no hospital: clínica ampliada e cogestão” os eixos citados acima e afirmam que

a clínica ampliada baseia-se na construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre equipe de saúde e paciente [...]. O conceito de profissional de referência é um instrumento importante para a reconstrução dessa clínica ampliada

E enfatizam: a principal ampliação dessa clínica é dada pela abertura para uma clínica do sujeito.

Uma clínica para o sujeito também é o que propõe a luta antimanicomial, movimento social cujos princípios orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Lobosque (1997) esclarece que o movimento não se filia a nenhuma prática clínica específica, nem a esta se reduz. Entretanto, este não se mantém alheia a ela. Outro aspecto importante

apontado pela autora é que a não filiação a uma prática clínica específica não deve ser lida, nem conduzir a uma posição de vale-tudo. Não vale tudo, há um recorte. Interessa ao movimento, dada sua escolha ética, a defesa da cidadania do louco, e que a ela – a clínica – oriente-se e opere “no sentido contrário ao da exclusão” (LOBOSQUE, 1997, p. 22). Para tanto, são propostos três princípios: o da singularidade, do limite e da articulação.

O singular é tomado como distinto de individual ou privado. A noção de singularidade proposta convida a pensar que o sujeito “não é único, nem idêntico a si mesmo” (LOBOSQUE, 1997, p. 22) e que o trabalho clínico deve orientar-se por fazer caber nos limites da cultura o dado singular da diferença de tal sujeito.

O princípio do limite leva à ressignificação de um conceito corrente na prática cotidiana e na cultura: os limites entre razão e loucura. A autora propõe que a clínica antimanicomial tome o problema na perspectiva lógica e não como imperativo moral, ou seja, a desconstrução do manicômio proposta pela luta antimanicomial transcende os muros para incidir sobre a cultura, convidando razão e loucura ao estabelecimento de margens renovadas e singulares. “Questionar a exclusão não é o mesmo que incluir, pura e simplesmente [...] fazer caber o louco na cultura é também ao mesmo tempo convidar a cultura a conviver com certa falta de cabimento.” (LOBOSQUE, 1997, p. 23).

Por fim, o princípio da articulação, da busca constante de interlocução e parceria, tanto de pensamento quanto de práticas, intervém sobre

as configurações da ordem pública em que se inscreve, preocupando-se em modificá-las; quando considerando dimensão de seu trabalho para cada paciente, ocupar-se das questões públicas cuja abordagem se faz indispensável para garantir a possibilidade mesma desse trabalho (LOBOSQUE, 1997, p. 24).

Uma clínica na cidade, aberta, mas também abrindo caminho a novos modos de pertencimento a esta.

Um ponto importante, destacado pela autora, sempre presente no discurso da rede substitutiva de saúde mental referido por ela como uma marca do processo de reforma psiquiátrica empreendido em Belo Horizonte, diz respeito à articulação – tensa e profícua – entre o sujeito do inconsciente e o sujeito de direitos ou ainda, entre psicanálise e política. Cuidando em não confundir perspectivas essencialmente diversas, reconhece-se, contudo, a potência de cada uma e a necessidade de sua presença no interior do trabalho para impulsionar outro modo de inscrição e pertencimento da loucura na cidade. Célio Garcia (2011) propõe que

o sujeito não é o cidadão. Um e outro representam duas posturas, emergências ou constituição de um sentido. O cidadão é, de início, um, qualquer um. O sujeito é singularidade que se afirma por ocasião de um acontecimento, a que ele passa a dever fidelidade. [...] o cidadão se faz sujeito no momento exato em que há representação/apresentação de um acontecimento [...] o sujeito se faz cidadão quando o espaço cívico se desdobra e expande as particularidades subjetivas. (GARCIA, 2011, p. 150-151)

Noutras palavras, diferença não é oposição e a redução desta aos termos do antagonismo constitui-se – quase sempre – como uma falsa questão. Interessa tanto ao movimento social quanto à psicanálise pensar essa articulação e daí extrair pontos de orientação para a presença da psicanálise na cidade e da subjetividade na política. Fazer caber a loucura de cada um na cultura, seja a loucura expressa na condição psíquica dada pela psicose ou a nova loucura – a adição às drogas – no universal da cidadania.

A política faz parte do percurso de uma análise, sempre que, no manejo da transferência, as intervenções do analista alcançam o gozo de cada um. Onde se fizer ouvir a ordem de ferro, a tirania do S1, ali, o analista abre uma brecha, por onde o que há de mais singular para o sujeito possa advir, como condiz à experiência analítica. A política da psicanálise diz respeito ao gozo, ao ato analítico e suas consequências [...] Por outro lado, o que escutamos no *setting* analítico, um por um, não permite ao analista recuar frente aos impasses que traduzem o sofrimento em cada época, isso o entrega a tarefa de não silenciar. Freud e Lacan jamais silenciaram. A nossa responsabilidade não se reduz ao que acontece entre quatro paredes e exige-nos engajar como analista cidadão nos debates do momento atual (BARROS-BRISSET, 2012, p. 3).

Esse ponto é retomado por Silva (2011) e Beneti (2011) como orientação para a abordagem às toxicomanias quando afirmam que

a articulação entre clínica e política [...] campos distintos, porém conexos, que podem ser mais fecundos se (e quando) perpassados por uma mesma orientação ética. Tratar a drogadição em sua dimensão singular convoca o Estado e a sociedade a adotar e oferecer estratégias e recursos de proteção que reduzam os danos à vida [...] do lado dos usuários [...] o convite passa a ser outro: de submisso à norma contra a qual se revolta em sua escolha de satisfação pulsional, este é convidado a responder pelo próprio prazer, a encontrar sua medida, seu jeito próprio de minimizar os riscos, aceitando o desafio de exercer sua liberdade (SILVA, 2011, p. 204).

Temos que introduzir o sujeito e enfrentar toda essa lógica do discurso oficial que diz que todos os que usam drogas são toxicômanos, e que a droga faz o toxicômano. O que fizemos? Introduzimos a subversão dessa lógica: [é] o toxicômano [que] faz a droga”. São as mesmas palavras, as mesmas letras, só que a ênfase que era posta no objeto droga é posta, agora, no sujeito. Introduz-se, então, o sujeito do inconsciente, lá onde não havia esse sujeito — ele estava excluído. Restitui-se ele ao lugar dele, e restitui-se o discurso que rompe com a segregação. Então, é a introdução do sujeito do inconsciente nas suas relações com o gozo. Dar a palavra ao sujeito para que ele venha a nos dizer o que ele, inconscientemente, quer com o consumo de drogas. O que ele quer com esse objeto e não o porquê do uso de drogas. Qual a importância desse objeto, qual o lugar desse objeto, qual a função desse objeto droga. Nós introduzimos o sujeito, introduzimos a singularidade do sujeito, as particularidades das estruturas clínicas (BENETI, 2011, p.4).

Claude Olievenstein (1984), seguindo Foucault (*História da loucura na idade clássica*, 1961), aponta a toxicomania como a experiência que na contemporaneidade viria a ocupar o lugar vazio da segregação outrora habitado pela loucura. Diz Olievenstein (1984, p. 139): “Na Idade Média havia a lepra, nos tempos modernos, a loucura; amanhã [nosso hoje], a toxicomania. Se não tomarmos cuidado, nós iremos rejeitar, internar novamente, todo um grupo social cujo crime consiste em não estar dentro da lei do momento”.

Corroborando essa perspectiva, Beneti (2011, p. 4) aponta

[...] encarcerar o toxicômano para proteger a sociedade, operava um fundamento da lógica manicomial que é a “díade proteção-exclusão. Nós te internamos para te proteger, mas, ao mesmo tempo, te excluimos do laço social. Esse é o principal fundamento da lógica manicomial. É a esse fundamento manicomial que nós temos que estar atentos hoje. Fundamento que, politicamente, põe a ênfase, o acento, no objeto droga, o que leva a uma nomeação do sujeito generalizadamente, independentemente da singularidade, da subjetividade, das relações do sujeito do inconsciente com o mais-de-gozar, com o gozo, colocando a dimensão de uma díade da proteção-exclusão que nós devemos combater. Esse é o divisor de águas, é o ponto de combate: o princípio de tratamento centrado na abstinência do consumo com exclusão da subjetividade, da singularidade de cada usuário ou consumidor. O pressuposto oficial — a droga faz o toxicômano — que nos afirma imperativamente que se você usa a droga, você é toxicômano, e que todos que se drogam são toxicômanos, determina um “são todos iguais”, com uma homogeneização nominativa e um tratamento dos chamados toxicômanos numa clínica que chamamos de “segregativa”. Segregativa no sentido de que, a partir de um “nós”, todos são comandados por esse nome, excluindo a subjetividade.

Aprofundando essa perspectiva, Célio Garcia (2011) convida a pensar, a partir do referencial da psicanálise, uma *saúde a ser inventada*.

Definindo a saúde pública pela ênfase que esta põe sobre a epidemiologia e visa ao tratamento em massa; a saúde coletiva por sua posição e escolha que toma o social e a este reduz a determinação da saúde e a *saúde a ser inventada* como a que se orienta pela singularidade.

Para a saúde a ser inventada, o sujeito não se reduz a um estatuto de animal vivo, mas ascende a uma subjetividade singular imortal [...] saúde a ser inventada reconhece a dicotomia vida/morte em que se funda qualquer reflexão sobre a vida; por conseguinte, a suposição será temos que viver por oposição a temos que viver bem. A ética do viver bem, partindo da doença ou do mal como dado inicial, será recusada; diante do binômio necessidade/demanda, inscreve o desejo como resto não dialetizável, afirma a dissimetria entre médico e paciente, confirma a singularidade do sujeito da saúde, consequentemente, a singularidade das situações (GARCIA, 2011, p. 184-185).

Uma clínica da saúde pública para sujeitos que se drogam, orientada pela lógica da saúde a ser inventada, necessita estar orientada quanto aos limites do campo terapêutico, à gênese dos conceitos que a orientam e delimitam, mas também, ao modo como a droga se insere na economia psíquica, bem como quanto às consequências que a política de drogas impõe ao campo clínico e à subjetividade, tanto dos que se drogam quanto dos que se abstêm desse

recurso para tratar sua loucura. Identificar os traços constitutivos da percepção sobre essa experiência, realizando uma reflexão crítica sobre conceitos e práticas, e, no caso a caso, buscar distinguir a diferença no modo de inserção da droga na economia psíquica e na economia de mercado e os modos de regulação política, econômica e jurídica estabelecidos para seu fluxo permite elucidar diagnósticos e manejos clínicos, mas, sobretudo, contribui para desfazer equívocos e enganos engendrados pela proibição.

Dos marcadores conceituais constitutivos, passemos aos indicadores que definem o sucesso e o fracasso do tratamento.

6.6 Abstinência e recaída

A abstinência— como exigência —é outro ponto de contraposição entre as comunidades terapêuticas e as políticas de saúde. Nas primeiras, essa é a meta a ser alcançada, daí o retorno ao primeiro passo. Para a saúde, o tratamento deve propor e orientar-se por metas plurais e singulares, ou seja, a abstinência não é a única meta, nem deve ser colocada como critério de adesão ao tratamento ou requisito de acesso e inserção nos serviços de saúde. Alcançá-la — a abstinência — pode ser desejável e possível para alguns sujeitos, mas impossível para outros.

O documento do MS afirma a esse respeito que “traçar uma política com base em um único objetivo é trabalhar em saúde com um modo estreito de entendimento”. (MS, 2004, p.9).

A abstinência total de consumo de álcool foi a bandeira levantada pelo Movimento da Temperança, grupo religioso surgido nos Estados Unidos na década de 1830. Composto por protestantes, sua campanha resultou, anos mais tarde (1919), na aprovação da Lei Seca americana.

Na antiguidade clássica grega e romana, a abstinência era malvista.

Reconhecia-se na embriaguez uma prática social legítima, cujos excessos abusivos não poderiam comprometer usos positivos e benéficos, sabedoria que ficou perpetrada num provérbio jurídico e moral latino: *abusus non tollit usum* (o abuso não impede o uso) (CARNEIRO, 2010, p. 43).

Para a antiguidade clássica, a regulação do consumo era dada pelo conceito platônico de temperança. Uma das sete virtudes humanas e a que deve governar a alma no plano sensual e limitar seus ímpetos, a temperança foi transmitida ao cristianismo, o qual a adotou. São

Tomás de Aquino a propôs como uma das sete virtudes, junto com a força, a prudência e a justiça, voltada aos homens e seu comportamento.

A abstinência total de álcool não integra o conjunto das orientações cristãs, tanto católicas quanto protestantes. Lutero, Calvino, São Tomás de Aquino, Santo Agostinho, entre outros filósofos e pensadores cristãos, não propuseram a adoção de tal medida. “Na sua evolução posterior, contudo, o protestantismo foi adquirindo cada vez mais características de condenação dos prazeres e, especialmente, os da carne, ou seja, o sexo, a bebida e a comida.” (CARNEIRO, 2010, p. 194).

Um excesso de produção de bebidas alcoólicas na Inglaterra tornou acessível o consumo de álcool a “amplas camadas da população”, criando uma embriaguez em massa, alvo de campanhas de clérigos e patrões.

A pregação da autocontenção coincidiu numa conjuntura de interesses do clero e do patronato industrial emergente do século XIX, de forma a reunir um conjunto de consumos e condutas a serem completamente evitados. A condenação da atividade sexual se soma à exigência da abstinência alcoólica, assim como do tabaco e também da alimentação carnívora. A temperança, a castidade e o vegetarianismo passam a fazer parte de um mesmo programa político de reforma moral que começou a ser implantado desde o início do século XIX (CARNEIRO, 2010, p. 197).

O movimento religioso da Temperança não só distorceu o sentido do conceito que o identifica, como também passou a interpretar trechos bíblicos para justificar a condenação ao consumo de álcool e a legitimidade da abstinência total desse hábito, o que levou à reação e à criação de outro grupo religioso, este antiproibicionista: a Associação pela Verdadeira Temperança. Contrariamente ao proposto pelo Movimento da Temperança, essa associação defendia que “o desejo de beber é um instinto para ser guiado e não extinto”. (CARNEIRO, 2010, p. 199). Da conclusão desse embate, contudo, saiu vitoriosa a ala proibicionista, cuja bandeira, no século XX, se expandiu para o consumo de outras substâncias, tendo a proibição ao consumo de álcool funcionado como modelo.

De condenação religiosa, a abstinência assume o lugar de significante que ordena o discurso de uma instituição fundada por usuários, “sem laços diretos com a medicina ou com a religião” (CARNEIRO, 2010, p. 192): os alcoólicos anônimos. Movimento de autoajuda constituído por sujeitos que se nomeiam e se identificam como alcoólatras em permanente recuperação, mesmo que já não façam uso de álcool. É desse movimento a autoria da metodologia dos 12 passos, mencionada anteriormente.

A força da prescrição da abstinência não se limita ao interior das instituições que a adotam e irradia-se pelo tecido social, funcionando como regra mestra que opera de fora para dentro, um “código de conduta que faz o agenciamento entre o campo da saúde e o campo da segurança pública e da justiça [...] um código totalitário que agencia uma rede institucional sob a alegação de estar a serviço do ‘fazer o bem’”. (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 228). Assim nos parece elucidativa a orientação ética proposta por Lacan: “se é preciso fazer as coisas pelo bem, na prática deve-se sempre se perguntar pelo bem de quem”. (LACAN, 1988, p. 383).

A abstinência tem como correlato negativo a ideia de recaída e esta, por sua vez, conduz a uma percepção corrente entre os profissionais que atribui à clínica da toxicomania o peso do fracasso. Uma clínica do fracasso. Ideia que Carvalho e Souza (2015, p. 223) esclarecem ao apontar que funciona como indicador

não do fracasso da instituição, mas como medida da fraqueza individual e da gravidade da doença, reforçando a necessidade de um exercício de poder que exclui a opção, a opinião e o desejo do sujeito doente [...] a recaída ganha estatuto de uma verdade sobre a natureza deste indivíduo.

Um contraponto a essa concepção pode ser encontrado na perspectiva apontada por Laurent (2011, p. 61) quando este alerta que

a droga nos confronta com os limites do paradigma problema-solução. Produz outra lógica. É um produto paradigmático para se introduzir a passagem a certa humildade [...] não há solução universal, teremos que passar ao múltiplo, a considerar os efeitos da droga em sua especificidade própria. Precisamos nos introduzir em uma tolerância com relação ao impossível, sem ceder à resignação, nem ao cansaço, diante de uma carreira que concerne ao impossível. Isso implica em uma modéstia ativa dos políticos, dos terapeutas, dos psicanalistas, psiquiatras e de todos os que estão envolvidos [...] a modéstia de como abordar este impossível em todas as suas facetas.

A regra da abstinência absoluta, ao contrário do que propõe a Reforma Psiquiátrica e sua diretriz ética de inserir o singular no universal da cidadania, faz da proibição um universal que anula a singularidade.

A abstinência delimita um campo de práticas totais que fazem do universal uma âncora de produção de verdades sobre o homem, sobre a saúde, sobre a vida e define uma regra única para todos os indivíduos. O sentido de singularidade, neste caso, fica subsumido a uma regra maior e primeira, o que implica dizer que singularidade é um modo específico de se aplicar uma regra geral, mas desde que esta singularidade esteja em adequação a esta regra (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 226).

A perspectiva totalitária ou salvacionista ressurgiu de modo bastante explícito na proposta e adoção de internações compulsórias de usuários de *crack*, em particular. Como se pode

facilmente perceber em rápida pesquisa pela internet, a oferta de serviços de remoção e de internação forçada compõe o leque de muitas instituições de tratamento, muitas delas nomeadas como comunidades terapêuticas, e também das ações de alguns governos. O estado de São Paulo, por exemplo, divulga e justifica sua escolha pela internação compulsória ou involuntária em sua página na internet.

Nesse ponto há que se reconhecer o retorno de práticas terapêuticas anteriores à Reforma Psiquiátrica, reguladas pela lei que institui essa política – a Lei Federal nº 10.216/01 –, mas, sobretudo, há que se reconhecer nesse retorno não só espectro do manicômio, mas sua essência: o poder de sequestro. Em nome da norma, da saúde, da abstinência e da defesa da vida, os sujeitos não são somente excluídos, mas também capturados por uma instituição corretora para serem adaptados e incluídos na norma.

Uma medida compulsória não se atenta para as singularidades, para a história de vida de cada sujeito, para o modo específico como o uso de drogas passou a compor com sua vida. Ela se aplica de forma total, igualmente a todos independente de suas opções, modos de vida e escolhas pessoais. Eis o ponto em que o divórcio entre o universal e o singular se torna uma arma perversa em nome da vida, da segurança e da saúde da população; um biopoder (SOUZA; CARVALHO, 2015, p. 229).

De modo esquemático, pode-se contrapor, seguindo a proposta apresentada por Wodak (1998), os dois modelos quanto às suas concepções e diretrizes. De um lado, a diretriz ética da defesa da vida, o estabelecimento de modos de regulação das drogas consonante com os princípios democráticos e a defesa dos direitos dos usuários e um mundo que convive com as drogas. De outro, a exigência de adequação à norma, guerra às drogas, consumo de drogas como sinônimo de doença. Ou ainda: de um lado, temos a percepção da droga como mal em si e agente etiológico de uma “doença”: a dependência; de outro, o reconhecimento de modos de uso singulares e articulados a contextos de vida que tanto podem ser pensados como resposta e experiência de prazer ou como sintoma. Sendo este, e como o concebe a psicanálise, tanto uma defesa frente à angústia quanto um modo substitutivo de satisfação.

Ao assumir a responsabilidade sobre a questão, o Ministério da Saúde não apenas toma posição quanto à redução de danos – posição que não aparece em documentos posteriores – como localiza sua escolha como um recurso clínico e indica que se deve atentar para não a reduzir, apenas, a uma “mudança de comportamento”. Ou seja, amplia-se o escopo da intervenção pragmática de combate à epidemia da AIDS, para incluir a redução de danos como um recurso da clínica no território.

A recepção da redução de danos pela saúde mental tem nos Consultórios de Rua seu momento mais recente. A entrada dessa lógica na prática clínica da Reforma Psiquiátrica se inicia pelo estímulo à adoção da redução de danos no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-ad), mas sua importância ganha destaque no contexto de discussão sobre o consumo de *crack* e as políticas que foram estabelecidas para responder a esse consumo, momento em que os Consultórios de Rua serão incluídos na Reforma Psiquiátrica

Passemos aos Consultórios de Rua, às cenas de consumo e à vida que pulsa nos bastidores.

7 CAPÍTULO IV – CONSULTÓRIOS DE RUA: ENCONTRO COM O REAL DA DROGA E DA EXCLUSÃO

7.1 O percurso dos Consultórios de Rua em Salvador e Belo Horizonte

Ao propor a implantação dos Consultórios de Rua, o Ministério da Saúde inspirou-se na experiência desenvolvida na cidade de Salvador (BA) pelo CETAD. Este, por sua vez, afirma Antonio Nery, tomou a experiência dos Médicos do Mundo desenvolvida em Paris (França) como modelo que orientou a criação do Consultório de Rua.

O Banco de Rua, criado em 1989, foi o embrião do futuro Consultório de Rua e visava a “conhecer o universo simbólico e afetivo dessa população [de meninos e meninas de/na rua] em condição de vulnerabilidade social, em uso de substâncias psicoativas e que não chegavam aos serviços de saúde, incluindo o CETAD”. (FILHO et al, 2012, p. 26). O Consultório de Rua, por sua vez, assume a responsabilidade de levar a saúde aos que se encontram vulneráveis pelo consumo e pela situação de vida na rua, ou seja, alcançar os que não acessam as redes. FILHO et al (2012, p. 27) afirma a esse respeito que:

Nós íamos encontrar essas pessoas. A lógica da rua é a seguinte: se Maomé não vai à montanha, a montanha vai a Maomé. Se os meninos e meninas, os adolescentes e os familiares excluídos não vêm ao centro [CETAD], porque não sabem ou porque não têm dinheiro, ou porque não podem, ou porque não querem, ou porque têm medo; por que a gente não vai até eles? Tendo em vista que tudo que estas pessoas querem é um encontro com alguém que não diga que eles são ruins, nem bons; que eles não são malucos e que a sua história tem valor. [...] ir até onde estão os que não podem vir. Essa era a ideia. Precisávamos ir até onde eles estavam, porque eles não tinham a possibilidade de vir até onde nós estávamos. Tratava-se de dar atenção a pessoas “de” e “na” rua, em função do consumo de drogas e para tratar das questões relacionadas às drogas, à vida, à saúde, à doença, à morte e à sua família.

Essa concepção, afirmam FILHO et al (2012), orienta o trabalho desde o início e marca uma diferença em relação à prática dos muitos grupos que atuam junto aos invisíveis sociais e cujo trabalho orienta-se pela tríade: assistencialismo/religião/marginalização, e, portando um saber sobre os sujeitos e sua condição, não conseguem ir além da nomeação prévia e preconceituosa, restringindo o encontro à distribuição de benefícios, ao exercício da caridade, a intervenções higienistas e policiaescas, ou ainda à combinação de todas essas lógicas. Os autores afirmam que a diferença de posição do Consultório de Rua favoreceu o laço transferencial, dando sustentação ao trabalho.

A inserção da redução de danos no Consultório de Rua orienta-se pela clínica, reduzindo danos e riscos a partir do encontro.

Quando o consultório de rua vai à rua, e algumas pessoas dizem: vocês nunca mais vieram aqui; vocês estão fazendo falta [...] essas frases dizem que alguém não tinha um interlocutor, passou a ter e reconhece esse interlocutor (FILHO et al, 2012, p. 30).

Dispositivo clínico inserido na rede de atenção psicossocial que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo aberto, disperso e plural das ruas, conduz a saúde ao exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas, na qual, a dor se faz presente. Acima de tudo, destacam Filho et al (2012, p. 30), aprende-se a ler e a reconhecer o ato de se drogar como “um ato humano portador de um sentido na vida dessas pessoas”.

O decidido encontro da Reforma Psiquiátrica com os usuários e o mundo das drogas, possibilitado pela criação dos Consultórios de Rua, inseriu a saúde em territórios nos quais a presença do Estado resumia-se à atuação dos aparelhos repressivos. A decisão de “ir a campo”, até onde o povo está, exigiu e exige, a cada “campo”, a elaboração de um pensamento, de uma carta náutica para orientar a viagem e os encontros. Filho et al (2012) afirmam que o trabalho dos Consultórios de Rua orienta-se por princípios éticos, entre os quais se destacam o respeito ao sofrimento humano, a responsabilidade subjetiva pelos atos e o sentido das condutas.

Os princípios éticos mencionados acima coincidem com as diretrizes e pontos de orientação da rede propostas pela Reforma Psiquiátrica: o respeito aos direitos de cidadania e a busca do consentimento com o tratamento. Fazer campo, “ir a campo” – expressão adotada de modo recorrente pelas equipes de Consultório de Rua para definir seu trabalho –, implica em sustentar uma clínica desinstitucionalizada, “fora da caixinha”.

Dentro desse contexto e com essas orientações foram implantadas as duas primeiras equipes de Consultórios de Rua em Belo Horizonte em fevereiro de 2011, numa parceria entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social. Importante destacar que naquele momento o poder público municipal criou um Grupo de Trabalho (GT), coordenado pela Secretaria Municipal de Políticas Sociais, para elaborar a política de álcool e drogas.

Atualmente os Consultórios de Rua são nomeados, pelo Ministério da Saúde, como Consultórios na Rua (PGM 122/2012). Ao institucionalizar esses dispositivos, o gestor federal do SUS os renomeou. A mudança, contudo, pelo enunciado da portaria, não se restringiu à

preposição, ocorrendo um deslocamento na inscrição destes no organograma da saúde e uma alteração de suas funções e objetivos.

Os Consultórios de Rua, antes dessa normativa, vinculavam-se à Área Temática da Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e foram, a partir dessa mudança, realocados na Atenção Básica, passando a se constituir e operar nos moldes da Estratégia de Saúde da Família e não mais como um dispositivo da Reforma Psiquiátrica voltado para a atenção a usuários de drogas em situação de rua, vivendo, portanto, um duplo processo de vulnerabilidade social.

As equipes de Consultório de Rua em Belo Horizonte – num total de quatro, atualmente: Noroeste, Centro-Sul/Leste, Norte e Oeste –, seguem a inspiração inicial e permanecem vinculadas à saúde mental. Assim como os demais dispositivos da rede, articulam-se tanto à atenção básica quanto aos serviços de urgência da cidade e aos dispositivos da assistência social, notadamente os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), aos albergues, restaurantes populares, enfim, aos serviços disponibilizados pelas redes públicas. Esse é um modo de inscrição que nos parece mais coerente e adequado ao registro institucional – no caso do MS – dada a questão das drogas.

À época da implantação das equipes de Consultório de Rua – as duas primeiras, Noroeste e Centro-Sul/Leste, foram implantadas em fevereiro de 2011 e as duas últimas, Norte e Oeste, em março de 2012 –, a pesquisadora atuava na rede pública, coordenando a política de saúde mental da cidade, e desse lugar acompanhou a criação desse dispositivo, respondendo ainda pela supervisão do trabalho das equipes e pela articulação com outros órgãos e com a sociedade civil.

Importante destacar que Belo Horizonte começa a implantar os primeiros substitutivos em 1993 e conta com uma rede complexa, composta por CERSAMs, CERSAMi, CERSAM-ad, Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de Convivência, Incubadora de Empreendimentos Econômicos e Solidários da Saúde Mental, Serviço Noturno de Urgência Psiquiátrica, Equipes Complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente, Arte da Saúde e profissionais de saúde mental na rede básica. Os Consultórios de Rua se inserem, então, nesse conjunto, na rede que

tece e possibilita um acontecimento novo na cultura, a inclusão da loucura na cidade e na cidadania [...] plural e decidida, a rede, pelo seu trabalho, compõe-se destes variados recursos e outros a serem inventados, no momento em que uma questão exigir uma solução ainda não existente. Uma rede, portanto, inconclusa e parcial que se expande para fazer

caber a todos, um de cada modo e vez, abrindo espaço para as singulares invenções de mundo, na mesma medida em que recusa a massificação e a ditadura do modelo único, a imposição da norma (ABOU-YD et al, 2008, p. 14).

As equipes de Consultório de Rua de Belo Horizonte são constituídas por um psicólogo, um enfermeiro, dois educadores sociais (assistentes sociais), um oficinairo (artista plástico ou artesão), um motorista e um redutor de danos. Este último não tem formação técnica em saúde, é um ex-usuário, com experiência em redução de danos e em trabalhos sociais, que, assim como o Agente Comunitário de Saúde, agrega, ao trabalho da equipe, além do saber extraído da experiência, o conhecimento do território e das estratégias, princípios e lógica da redução de danos, favorecendo a aproximação e o contato entre equipe e usuários.

Cada equipe conta com um veículo (uma van) adaptado e identificado com a mesma logo do uniforme dos técnicos, o qual, além de permitir o deslocamento da equipe pelo território, também é utilizado para conduzir usuários, sempre que necessário e quando não se trata de uma urgência que demande cuidados durante o deslocamento – situações atendidas pelas equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) –, aos serviços das redes de saúde e assistência social. Além disso, e, sobretudo, cumpre a sensível e importante função de recurso sinalizador e ponto de encontro.

Na van usuários e equipe se encontram, dialogam, planejam e realizam cuidados, projetos e atividades. A van é também endereço, a ela e a seus tripulantes são endereçados, muitas vezes, por outros usuários e pela comunidade, sujeitos em busca de cuidado.

Além desse recurso, as equipes dispunham, até 2012, de vale-transporte para fornecimento aos usuários para deslocamento a serviços públicos diversos, ingressos de cinema, material para oficina, além dos insumos da redução de danos, como preservativos, kit de higiene bucal, água destilada, água mineral, protetor labial, entre outros.

Os Consultórios de Rua foram implantados como dispositivos clínicos da rede de saúde mental com atuação junto a usuários de drogas que viviam em situação de dupla vulnerabilidade, decorrente do uso de substâncias ilícitas, como descrito anteriormente, e da situação de vida na rua. É nessa fronteira em que a droga encontra a exclusão social e a desfiliação mais radical que atua e intervém o Consultório de Rua, buscando fazer laço com os que se encontram mais apartados.

Seu percurso pelas ruas, em busca do encontro com os sujeitos que aí se fixaram, é também um percurso sinalizado por orientações que constituem o campo da saúde pública e da saúde

mental, pelo ideal da abstinência e pela fantasia de um mundo livre de drogas, como visto no capítulo precedente, num esforço de elaboração de pensamento que dialogue, critique e adote pressupostos e diretrizes vindas da tradição sanitária, da psicanálise, das orientações éticas e políticas da luta antimanicomial, bem como – e para melhor intervir no “problema das drogas” – da interlocução com o direito, a antropologia, a história, a sociologia e a política.

7.2 Cenas de uso: estetização da exclusão?

“A intoxicação pelo uso de drogas vem como uma maneira eficaz de lidar com o mal-estar nas vicissitudes da vida.”
(Freud)

Em meio a uma intensa e acirrada discussão sobre o *crack*, uma localização geográfica vem nomear e circunscrever o mal que aflige a sociedade, tornando possível à insegurança difusa ancorar-se em um ponto determinado e, desse modo, trazer de volta a paz ao manter à distância – imaginária, sem dúvida – os portadores da nova peste. A descoberta dessa ilha desconhecida, ao contrário da metáfora de Saramago, não conduz ao amor e a melhores dias, mas ao inferno a céu aberto. Ali se encontram os zumbis que tanto pavor evocam nos políticos, nas famílias, nas igrejas; e eles são, todos, craqueiros. Ali é a terra do crack, a cracolândia.

Esse signo tomou as páginas dos noticiários e proliferou pelo país. Ou melhor, produziu, ao congelar e reificar a imagem de uma cena de uso – a cracolândia paulista –, uma associação entre consumo de *crack* e cracolândia, que não se revelou real como constatou a pesquisa da FIOCRUZ. Como observa Taniele Rui a esse respeito, o termo cracolândia revela um

simulacro mais que perfeito que mimetiza corpo e espaço. [...] Estranhamente, então, crack e “cracolândia” parecem cada vez mais se tornar sinônimos: onde há usuários de crack, brotam “cracolândias – o que parece denotar a construção de um espaço-sede imaginário, edificado a partir daquilo que se fala sobre ela; trata-se, pois, de um lugar social e também de um lugar discursivo (RUI, 2014, p. 224/229).

Em Belo Horizonte a descoberta da terra do *crack* colocou em evidência um território esquecido da cidade, a Pedreira Prado Lopes. As manchetes do jornal Estado de Minas, citadas no capítulo I e II, são elucidativas a esse respeito e a inscrevem, no imaginário social,

como fonte de grandes perigos e cenário de repetidas intervenções da polícia e das igrejas, sempre exibidas pela mídia.

Em sua origem, a Vila [atualmente Pedreira Prado Lopes] está ligada à família Prado Lopes. No início das obras de Belo Horizonte, o então engenheiro Antônio Prado Lopes Pereira, de 1ª classe da comissão construtora da capital, 3ª divisão, já explorava o local para dali retirar pedras e usá-las na edificação de casas da cidade. A transformação em favela veio aos poucos, com a urbanização. Aqueles que não tinham um lugar no traçado urbanístico da cidade planejada fizeram do silêncio nascer a resistência e a morada. A palavra “pedreira” refere-se à extração de pedras, mas formula uma outra ideia: a capacidade de se fazer em cima das pedras o lar, de fazer o duro ganhar flexibilidade e o bruto ser lapidado por vida (RIBEIRO, 2001, p. 60).

A evocação dos signos da marginalidade cumpre um propósito, quase óbvio. Em nome da cracolândia a sociedade se autoriza a agir como um exército em dias de batalha. Lá, na cracolândia, a exceção é permitida, o Estado de Direito é suspenso e a violência é justificada.

[...] Nesse ponto equidistante, porém cravado no corpo da cidade, a sociedade busca conjurar e expiar todo o mal, toda ameaça, demarcando a fronteira do inimigo a ser combatido. A população desse território, seus moradores e os usuários de *crack* vivem na mesma condição: à margem de quase todos os direitos sociais (SILVA, 2011/2012, p.207).

No caso paulistano – como apontado por Taniele Rui (2014) –, a cracolândia funciona ainda como álibi para políticas de gentrificação, com ações que buscam solucionar problemas sociais com políticas de reforma urbana, através da

criação de residências para classes médias e altas em áreas urbanas centrais em um processo articulado à expulsão de setores das classes populares, com o intuito de produzir mudanças na composição social de um determinado lugar, gerando segregação socioespacial e controle da diversidade (RUI, 2014, p. 227).

As cracolândias e sua estética – lugares sombrios, mal-iluminados, onde homens e mulheres ora circulam de um ponto a outro, intensamente, ora permanecem inertes, expondo ao olhar da cidade um gozo solitário e breve alcançado pelo consumo de pequenas pedras de cocaína– introduzem no espetáculo da sociedade contemporânea a cena inesperada, não prevista e fora do tom. Aquela protagonizada pelos sujeitos residuais produzidos pelo neoliberalismo.

A estetização da existência – marca da subjetividade pós-moderna – não deixa de fora os excluídos da ordem econômica e social – os consumidores falhos – e assume os contornos e as cores da exclusão e da miséria. A subjetividade pós-moderna, indica Joel Birman (2014), é marcada pela ruptura com as ideias de tempo e história, e está voltada para o exterior e a teatralidade.

[...] a memória tende ao silêncio pela ênfase atribuída ao presente. Da mesma forma, o horizonte de futuro se estreita, pois, ao se sublinhar a imediatez da presença, o sujeito perde

a dimensão do devir. Pode-se depreender que o fim das utopias, que construíram e fundaram o imaginário da modernidade, teve como efeito uma nova concepção do sujeito centrado na presença e na pontualidade do tempo, no aqui e agora, em que as instâncias do passado se silenciaram relativamente [...] a existência do sujeito se constitui pelo eixo de sua estetização. É a estetização da existência que toma volume como estilo existencial do sujeito. São os enfeites maneiros e *clownescos*, utilizados pelo sujeito em sua performatividade, que definem seu brilho na cena do social. Com isso, abalam-se bastante as fronteiras entre os espaços público e privado, que pelo menos desde o século XIX eram opostos como domínios separados da existência. Isso porque a estetização da existência, como valor primordial da subjetividade, fornece a trilha entre ambos os registros do social (BIRMAN, 2014, p. 263).

Nas cenas de consumo de drogas, a estetização da existência denuncia o alcance do imperativo da sociedade de consumo, o empuxo ao ato de consumir, e revela, pelo avesso, suas consequências. Os protagonistas dessas cenas incluem-se entre os que levaram a sério esse chamado e, em razão de sua inabilidade e do limite de fichas para pôr no jogo, foram excluídos deste. O consumo, diz Maria Rita Kehl (2009, p. 104), “é a forma avançada do poder disciplinar que normaliza a vida social”.

Nessa estetização o que se destaca não são as formas exitosas do consumir, mas seu oposto, o que faz do cenário uma montagem feita de resíduos, entre os quais circulam sujeitos reduzidos a essa condição social. Mal-iluminados, sujos, degradados, os cenários se impõem ao olhar do espectador que perde ou facilmente ignora as singularidades, nomeando a todos como iguais: craqueiros, zumbis e deixando escapar, sob o véu das aparências, o traço único das existências que habitam tais territórios e as múltiplas formas de habitação e ocupação da cidade que ali convivem. Ou, como aponta Taniele Rui (2014), diferentes modos de “fazer cidade em condições precárias”. (RUI, 2014, p. 250). Longe de ser um todo homogêneo

[...] A cracolândia não é uma ilha cercada de “centro” por todos os lados. Ao contrário, da mesma forma que nele diversos usos do espaço são possíveis. Ela é tanto um ponto de confluência dos fluxos de pessoas e de dinheiro quanto um balcão de informações e uma “terra de oportunidades”. Local de conflitos, de festejos e, sobretudo, um grande mercado no interior do qual o *crack* é vendido, comprado, trocado, negociado e, fundamentalmente, explorado. Tudo isso a um só e mesmo tempo (RUI, 2014, p. 261).

Atravessar o patamar do horror coloca a “saúde a ser inventada” frente à singularidade dos casos, ou seja, permite uma tomada de posição que favorece o encontro com a subjetividade da época, e frente à possibilidade e dificuldades de ofertar, pelo encontro, o alívio. Ou uma pausa.

Philippe Lacadèe (2014), ao visitar a cracolândia de Belo Horizonte – um dos campos de atuação do Consultório de Rua –,²⁷ escreve um testemunho sobre essa experiência que nos permite captar algo do arranjo urbano e do efeito da presença do Consultório de Rua sobre os sujeitos que circulam.

[...] chegamos em (sic) um local bem estranho, estacionamos na frente de um muro, em uma rua bem precária, em um passeio onde estavam muitas pessoas, umas apoiadas neste muro, algumas conversando e outras isoladas. Todos davam a estranha impressão de uma errância, de estarem bastante perdidos e sozinhos, mesmo se de tempos em tempos uma tentativa de troca parecia acontecer. À beira do passeio havia vários detritos de dejetos, e às vezes, alguns iam até ali para catar restos de objetos que parecia interessá-los.[...] Comecei uma conversa com um adolescente. No início ele estava tímido e reflexivo, parecia pensar antes de me responder, como se para ele as palavras devessem ser levadas à sério. Eu consegui conversar um pouco com ele, falando do fato de que a vida não era fácil e ele respondeu que ele estava bem e que de toda forma escolhíamos nossa vida. Essa fala ressoou em todo meu corpo e humanizou esta entrada bastante traumática, esta porta aberta deste inferno que é uma favela. Foi então que eu vi bem perto desta porta, desta boca aberta sobre este monstro da favela, surgir nossos Anjos de Branco. Esta foi expressão vinda não do céu, mas do meu pensamento confuso, que me fez dizer: essas técnicas são anjos de branco. E eu continuava a olhar meus estranhos anjos de branco falando, descidos não do céu, mas da van comigo, para ir a este inferno, ao encontro de todas essas almas errantes, corpos fatigados, magros, tensos, sujos, com gestos bastante lentos, com bocas desdentadas e traços de violência bastante marcados sobre os rostos e corpos, zumbis, mas com uma intensidade no olhar bastante surpreendente. Olhares que inclusive se animavam desde que os anjos de branco falassem com eles (LACADÉE, 2014, p.1).

A passagem ao bastidor das cenas permite ver e reconhecer que nem tudo se mostra. Mesmo em público, algo de íntimo e privado permanece preservado. Há pudor em gozar diante dos olhos de quem chega e escolhe-se interromper o consumo para fazer uso da palavra: residuozinho humano, que se confunde, mas também conecta o sujeito ao Outro. E faz intervalo. E no bastidor, é possível, ainda, descobrir a reinvenção da casa e da privacidade, estratégias de sobrevivência e distintos modos de inserção e uso do espaço.

Ao descrever uma atividade com uma usuária, uma técnica do Consultório de Rua (artista plástica) assim define o quarto daquela: “Um colchão na calçada, cheio de cobertas, panos, acessórios espalhados e um casal de cachorros”. (GARCIA, 2014, p. 22). Nesse quarto de parede única – o muro – aberto e sem espelho, o canto “no mundo”, a casa, é delimitada pelo colchão e por objetos que a decoram e singularizam. E nele a usuária realiza o que outras mulheres fazem no espaço da intimidade: se enfeita, se embeleza e, naquele dia especial, se preparou para a sessão de fotos.

²⁷Lacadèe era um dos convidados do 3º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG setembro/2014) e aceitou o convite para conhecer alguns dispositivos da rede de saúde mental da cidade e realizar supervisões com as equipes do CERSAMi e dos Consultórios de Rua. Após a visita ao campo e a supervisão, no intervalo da madrugada, escreve seu testemunho sobre essa experiência e o intitula “O inferno, os anjos de branco e o idiota”.

Noutro relato, outra equipe de Consultório de Rua nota que alguns usuários reproduziam no espaço público o desenho de uma casa: “Eles se organizavam de tal modo que era possível perceber num ponto a sala, noutro a cozinha, o quarto. E o banheiro, ficava atrás da igreja”. E há também as frágeis casas feitas de papelão e cobertor, que protegem os sujeitos do frio e da invasão do olhar da cidade.

A recorrente associação entre consumo de substâncias ilícitas e criminalidade esconde estratégias de obtenção que confundem o olhar e as referências do espectador desatento ou apressado. É preciso aproximação e vínculo para reconhecer a inventividade.

Uma usuária, por exemplo, assume o personagem de profissional do sexo, mas opera como avião e agencia o acesso ao *crack* e ao local para consumi-lo para seus clientes que, como ela, recorrem à rua da prostituição para obter – muitos deles – droga e não sexo. E ela vende droga e, a depender do cliente, também sexo. O lucro que extrai no processo de negociação da droga e do valor do quarto de hotel destinado à realização do consumo de seus clientes é usado por ela para adquirir sua porção de *crack*. A venda de sexo é pontual; o trabalho como aviãozinho e “agente” da rede de hotéis do entorno mais frequente. O que aparece à primeira vista não se confirma pela observação mais próxima.

7.3 Ir além da segregação: via de acesso ao sujeito, sua dor e presença

Por detrás dos véus da exclusão, pode-se recolher o dado singular de cada história, o modo como a droga se insere na economia psíquica dos sujeitos e alivia o sofrimento para o qual é remédio e não causa – o abandono, a exclusão, a violência e suas marcas.

Em um dos casos, nota-se, de modo muito claro, o sentido dado pelos gregos ao *phármakon* (remédio/veneno) e revela-se que a droga que a apazigua e trata sua devastação não é aquela que se supõe e que, de fato, circula naquele território, o *crack*, mas uma das produzidas pela ciência e da qual ela faz uso não medicamentoso. A droga de eleição é o Diazepam, e para consegui-lo, ela se desdobra: prostitui-se, troca *crack* por Diazepam, trabalha como olheira. O Diazepam é um benzodiazepínico, com efeito ansiolítico, e foi criado em 1954.

A devastação, à qual responde o Diazepam, gira em torno de um mesmo ponto: o divórcio com a mãe. Chega à cidade após o fim do casamento e diz que, ao se separar do marido, “terminei com minha mãe também, foi um rompimento com minha mãe”.

A aproximação é tensa e a presença precisa ser regrada, nem ausência, nem excesso. E, acima de tudo, atenta para intervir com precisão e leveza nas situações de urgência, mantendo o laço e permitindo a dilatação do tempo do encontro e a continuidade do cuidado.

O encontro com a mãe e um dos irmãos – construído por ela em parceria com a rede: CERSAM,²⁸ Consultório de Rua e Centro de Saúde– teve a duração do instante de acontecer e não os engatou a ponto de ir além deste, construindo um devir que os envolva. Rememoraram – assim como ela – o passado e não foram além do instante de ver. E seguem separados: ela aqui, eles noutra estado.

O Consultório de Rua foi batizado por essa usuária de *remédio ambulante*. O que nos parece uma boa definição para o dispositivo, pois põe em destaque a transferência e seu efeito calmante, evidenciando que nem todo remédio é química, ao mesmo tempo em que apreende o sentido que o constitui, qual seja: dispositivo em condições de alcançar sujeitos, como ela, tão errantes e desamparados. Enlaçando-se para em seguida se desenlaçar, essa usuária mantém com a rede um laço afetivo, que ora é amoroso, ora hostil. E segue, ainda que de modo precário, acompanhada.

Enlace e desenlace são destacados por Fabián Naparstek (2012) como traços característicos das psicoses ordinárias. E Miller (2012) as associa ao que Lacan (1998, p. 565) definiu em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” como “uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito”,problematizando o que seria essa desordem a partir de uma externalidade tripla: social, corporal e subjetiva.

Na externalidade social, o sujeito se desengancha do Outro; na corporal, ele busca modos de atar-se ao corpo; e na subjetiva, ocorre uma fixidez na identificação que se torna real. “O sujeito pode se transformar num rebotalho, negligenciando a si mesmo ao ponto mais extremo. Digo que é uma identificação real, pois o sujeito vai na direção de realizar o dejetivo sobre sua pessoa.” (MILLER, 2012, p. 415).

²⁸ CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental – é a sigla mineira (Lei Estadual nº 11.802/95) equivalente ao serviço nacionalmente nomeado como CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

O desamparo, condição que Freud (1930) esclarece como causa do mal-estar, provém do corpo, da natureza e do outro – nosso semelhante – mas também do Outro da linguagem. A ciência, a sublimação e a intoxicação se constituem como medidas paliativas de tratamento do mal-estar, sendo a intoxicação a mais grosseira e a mais eficaz. E Freud nos alerta de que não há uma “regra de ouro” igual para todos. Cada um deve encontrar/inventar o meio de se salvar.

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós, proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas. [...] existem talvez três medidas deste tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. [...] a atividade científica constitui também um derivativo dessa espécie. As satisfações substitutivas, tal como as oferecidas pela arte, são ilusões, em contraste com a realidade; nem por isso, contudo, se revelam menos eficazes psiquicamente, graças ao papel que a fantasia assumiu na vida mental. As substâncias tóxicas influenciam nosso corpo e alteram sua química (FREUD, 1930, p. 83).

O Outro – tanto o da linguagem quanto o semelhante–, como fonte de ameaças ao sujeito, foi traduzido por um adolescente, com a seguinte frase: “Eu sou menino pequeno, tenho medo dos meninos grandes”. Totalmente solitário e encontrado junto a excrementos num canto escuro da cracolândia, ele expressava sua percepção sobre seu corpo: sua idade óssea não correspondia à sua idade cronológica, aos dezesseis anos tinha o corpo de um garoto de onze e traduzia a dinâmica de guerra presente naquele território. Na guerra, cabe lembrar, retorna-se, em certa medida, ao estado da natureza e os mais fortes são “autorizados” a eliminar os mais fracos.

Sua história – dos fragmentos que a rede pôde recolher – repete dados presentes em outras: ruptura do laço familiar, abandono à própria sorte e o peso de uma nomeação, perigoso e suas consequências. Expulso de sua casa foi mandado à cidade grande à procura da mãe, de quem recebeu a periculosidade como herança. Os dois se desencontram, mais uma vez, e ele foi para a cracolândia onde não se incluiu completamente – temia os meninos grandes. Desse espaço pouco se afasta, apesar de ser o local em que sua vida sofre ameaças. Escapa a uma e sucumbe, após um ano, a outra e de forma absolutamente cruel.

O consumo de drogas não se destacou nesse caso e seu laço com a cena de uso pareceu ter sido dado pelo encontro com alguma possibilidade de inserção. Esse caso evidencia que, para alguns e, especialmente, entre adolescentes, a droga não é só objeto de uso ou veículo que conduz ao prazer, mas um modo de trabalho e possibilidade de inserção no mundo.

Em contextos de guerra – e as cenas de uso são palco de uma guerra –, mulheres, crianças e idosos devem ser priorizados, sempre. O caso ensina e confirma, na dor da perda, o valor dessa máxima, convidando a *saúde a ser inventada*, e acima de tudo, a cidade a inventar abrigos que acolham a singularidade desses casos, mantendo abertas todas as suas portas para acolher e proteger os sujeitos vindos de territórios deflagrados. Oferecer hospitalidade ao estrangeiro – *o inimicus* – e dissidente da moral, permitindo-o alojar-se, ajeitar-se com a oferta do Outro para acomodar algo de sua inquietação, do seu medo e do seu mal, reduz o dano da guerra. Ou seja, salva e protege vidas.

Com as mulheres, melhor dizendo, com as adolescentes, o que aparece e chama a atenção são as sucessivas gestações seguidas de repetidas perda dos filhos ao nascerem. Uma clara e violenta estratégia biopolítica tem sido realizada em várias cidades brasileiras. Belo Horizonte não só não foge à regra, como a formaliza.

Duas recomendações do Ministério Público da Infância e Adolescência orientam profissionais das maternidades públicas e/ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde a informarem quais gestantes em tratamento na unidade são usuárias de drogas abrindo-se, assim, o processo de destituição do poder familiar, em nome da proteção da criança.

A travessia da mulher à mãe – que Freud considerava como um dos modos de solução do enigma feminino – longe está de ser natural e molda-se ao tempo histórico. Na contemporaneidade, não há como pensar esse acontecimento sem levar em conta todas as transformações pelas quais passou e passa a sociedade e os efeitos que estas imprimem a essa experiência. Ser mãe, no século XXI, já não é consequência, apenas, do ato sexual. Os contraceptivos operam como analisadores do desejo de ter um filho. E “as procriações assistidas, elevadas à segunda potência, separaram a possibilidade da obtenção da criança do desejo sexual. É possível obter a criança de modo mecânico, técnico, qualquer que seja o desejo em jogo”. (LAURENT, 2004, p. 36).

Contudo, quando procriação e ato sexual já não se misturam – foram disjuntos pela intervenção da ciência –, o que se recolhe das cenas de uso não é o uso do corpo e a decisão de ser mãe ou não feita pelas mulheres, mas pelo Estado. Uma face da biopolítica que não esconde o traço eugenista e a tentativa de produzir uma sociedade saudável.

A intervenção de separação – autoritária e violenta – não permite a elaboração e mantém na alienação meninas que geram filhos para os perderem em seguida, sem conseguirem

simbolizar esse acontecimento em termos além do luto, mantendo-se na alienação que conduz à repetição de gestações perdidas.

Se a separação entre o bebê e sua mãe é uma operação necessária à constituição do sujeito, resta claro, contudo, que não é a essa forma de separação a que aqui nos referimos. Nessa operação de separação, perde-se a genealogia, a origem e a história. E a inserção do bebê em uma instituição, visando a proteção da sua vida, não assegura o encontro com um Outro capaz de inseri-lo em uma família e em uma genealogia. E mais grave: nem sempre a promessa da proteção mostra-se real, e a morte de algumas dessas crianças sob cuidados do poder público confirma o engano. É preciso ainda destacar que muitas dessas mulheres foram meninas abrigadas, retiradas de suas mães e famílias.

A cidade, com esse gesto, dá testemunho de sua biopolítica que conduz, entre outras consequências, à repetição e, nesses casos, à transmissão do abandono como herança simbólica. E o fato que motivou e legitimou para os detentores do poder a separação, o consumo de drogas, em parte dos casos, foi retomado e de modo intenso, após essa intervenção, promovendo uma fixação dos sujeitos ao lugar e à cena.

7.4 Corpo: ponto de enlaçamento ao Outro

O corpo tem lugar de destaque na clínica das toxicomanias. Maria Rita Kehl (2009, p. 94) inclui a toxicomania entre o que chama de *patologias sem representação* “manifestas no corpo ou em ato, já que no terreno das representações inconscientes parece que pouco falta para que tudo esteja traduzido em imagens socialmente validadas”. E Freud (1930, p. 86), ao indicar que a intoxicação constitui-se como a mais grosseira eficaz resposta ao mal-estar, permite-nos ler nessa afirmativa que esta (a intoxicação) se constitui como um modo de tratamento da pulsão pelo corpo.

O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois sabe-se que, com o auxílio desse amortecedor das preocupações, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Sabe-se igualmente que é exatamente essa propriedade dos intoxicantes que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar danos.

O tratamento da pulsão pelo corpo comporta riscos e um preço apagar: o dano provocado pelo hábito ou pelo consumo intenso que aí se mostram.

As intoxicações constituem-se em um modo de tratar o real da pulsão pela via da sensação, pela alteração química, encontrando um atalho que leva a uma satisfação artificial, poupando o sujeito de ter que encontrar uma saída para tratar a impossibilidade de que a pulsão encontre o objeto de sua satisfação pela via da fantasia (PACHECO, 2000, p. 17).

Utilizamos o conceito de corpo tal como pensado pela psicanálise, ou seja, como corpo pulsional, recoberto pela linguagem e distinto do organismo. “Na distinção entre o corpo e a carne, o corpo se mostra apto para figurar, como superfície de inscrição, no lugar do Outro do significante.” (MILLER, 2015, p. 125-126).

Constata-se em campo, no encontro com esses sujeitos, para além do descuido, das marcas de violência – “memórias da pele” – e degradação física imposta pelo consumo intenso, que o corpo é terreno para inscrição de signos (tatuagens) e suporte para adereços: alguns se fazem recobrir de imagens, outros de camadas de roupas e adereços. Mas recolhe-se também da experiência que é pela via do cuidado com o corpo que o laço é favorecido. Esses sujeitos demonstram um vivo interesse pelo corpo e se enlaçam mais facilmente quando a oferta os toca.

O êxito desta estratégia revelou-se desde o início do trabalho, quando, numa parceria de trabalho entre o Consultório de Rua e a equipe de saúde bucal, os profissionais buscaram conhecer as bocas e a saúde bucal dos sujeitos que presentes na cena de consumo. “Cuidando da boca na boca”, sugestivo nome da atividade que pôs nas bocas outros dizeres e deslocou outra equipe de saúde de seu lócus para o interior da cena de uso. E a palavra circulou por questões muito além da saúde bucal. O sexo fez tanta questão, quanto o modo correto de realizar a higiene bucal ou as questões sobre o que provoca as feridas constantes nas bocas de muitos, as cáries e as dores de dente.

Do mesmo modo, a aproximação e o laço se fizeram possível, graças à invenção de um salão de beleza a céu aberto para as mulheres que começavam a se apresentar nas cenas e mantinham-se arredias ao contato com a equipe. O “papo de salão” abriu as portas para muitos diálogos, fazendo emergir as duras questões da violência cotidiana, o sofrimento com a retirada dos filhos, a ameaça da polícia e as dúvidas sobre a saúde.

O que inicialmente surgia como um procedimento entre tantos – a realização de um curativo, o cuidado com higiene bucal, o preservativo – aos poucos revelou-se, quando tomado como

modo de fazer laço e não uma ação instrumental de proteção à saúde, ser uma boa entrada para as questões do sujeito.

Esse dado se confirmou na pesquisa da FIOCRUZ, e os entrevistados apontaram que os serviços mais demandados são os que ofertam condições de cuidado com o corpo: banho, comida, descanso, ou seja, outros modos de satisfazer as exigências da pulsão que, ao tratar o corpo, faz intervalo e possibilita ao sujeito enlaçar-se ao Outro.

De outro lado, é preciso lembrar o uso do corpo como veículo de transporte de drogas adotado pelo tráfico internacional. Nesse contexto o corpo é invólucro, serve de embalagem que permite tornar invisível a mercadoria, mas também veículo por meio do qual esta circula. O corpo das mulas – muitas delas, mulheres – tem estas funções: fazer a droga desaparecer ante os olhos da repressão e fazê-la chegar ao mercado e aos consumidores que a demandam.

Joel Birman (2014) enfatiza e convida-nos a pensar o laço entre adição/toxicomania e modernidade pelo conceito marxista de mercadoria. Uma mercadoria destituída da magia que a constitui e diferencia, portanto, fora de qualquer contexto simbólico que codifique a ingestão, além do mero ato do consumo.

As toxicomanias, como perturbações psíquicas e como epidemias, se produzem [...] onde as drogas perdem qualquer relação de inserção simbólica, histórica, religiosa, e se inscrevem então em outros campos semânticos diferentes de sua origem. Esvaindo-se de sua inscrição em sistemas rituais, sendo silenciada em seus poderes metafóricos, as drogas se transformam em seu valor de uso. Ao serem silenciadas de suas potencialidades simbólicas, as drogas se associam, agora infalivelmente, aos poderes da morte. [...] As toxicomanias seriam então um efeito mortífero das drogas, quando estas se transformam em seus valores de uso e de troca, ao serem inseridas num outro campo social diverso de seu solo simbólico originário (BIRMAN, 2014, p. 253-254).

Desencantada, utilizada fora de ritos e ancorada na referência simbólica dada pelo mercado e ilegal, assim nos encontramos com as drogas e os usuários.

A tomada de posição conduziu à releitura de um axioma lacaniano de não recuar diante da psicose. Beneti (2011) e Lacadèe (2014), ao problematizarem as questões postas pelo consumo contemporâneo de drogas, destacam e inscrevem esse axioma como um ponto de orientação do trabalho, ou seja, trata-se, agora, de não recuar diante da toxicomania.

Ali [no trabalho de campo com o Consultório de Rua] eu fiquei tocado ao ver ao vivo o que Lacan aconselhava aos seus alunos, **o de não recuar diante da psicose**. Aqui o que se aplicava aos nossos anjos de branco era de não recuar diante do que se apresentava a elas (LACADÈE, 2014, p. 3, grifo nosso).

Laurent (2012) esclarece e acrescenta que, na abordagem às drogas, é necessário afastar-se das duas versões do supereu: tanto da que empurra ao gozo quanto da que lhe diz não (sua versão policial).

Para se abstrair disso, é preciso considerar as diferentes substâncias tóxicas, uma por uma, e inventar qual seria o modo **mais interessante de reduzir o dano que elas causam**. Essa perspectiva, não da cura da humanidade dessas substâncias, nem do abandono da humanidade a esses tóxicos, mas a redução dos estragos, consoa com a psicanálise. **A psicanálise não promete a cura absoluta do sintoma, mas certamente a redução dos estragos, sua transformação em alguma coisa mais suportável para o sujeito.** (LAURENT, 2012, p. 25-26, grifo nosso.)

Estar presente e ao lado, mas, distante dos ideais, ofertando recursos civilizatórios: saúde, cultura, direitos, e, sobretudo, presença ativa e qualificada, eis o ponto sobre o qual opera o trabalho do Consultório de Rua.

De repente eu compreendi melhor a função dos nossos anjos de branco: para além do objeto preservativo, poder oferecer a elas alguma coisa de essencial, isto é, sua presença. E era isso que Isabela [usuária] chamava de amor, ou seja, dar ao outro o que não se tem. Ela tinha compreendido bem que o mais importante não era este objeto preservativo, mas a presença delas ali, mais perto do muro da língua. [...] Estando ali elas dão o que elas não têm, alguma coisa de indizível encarnado pela presença e que é o desejo do Outro, desejo de se oferecer para este corpo perdido no muro, este objeto que se chama a fala. Elas oferecem uma fala possível, ali onde eles se imaginam os mais rejeitados no muro da língua. Compreendemos o famoso “o que queres de mim?” “*Che vuoi?*”, de que fala Lacan. Quem permite ao sujeito se perguntar “o que sou eu para você”, ou seja, “o que sou, então?” [...] uma abertura, para eles, para uma subjetivação ainda possível do mistério da existência (LACADÈE, 2014, p. 2).

É nesse ponto que *a saúde a ser inventada* articula redução de danos, luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: na possibilidade de uma clínica que se oriente e considere o detalhe singular de cada caso, recolhido do encontro com os sujeitos e a partir dos intervalos que se criam e possibilitam uma pausa no consumo que pode conduzir à morte.

Sustentando a estratégia de reduzir os danos, a saúde vai aprendendo a medida da satisfação de cada sujeito, oferecendo a cada um recursos parciais, pequenas invenções e artefatos que convidam a outro modo de cuidado de si. Deixando a droga à margem, criam-se chances para que o sujeito, distraída, disfarçada ou decididamente, faça perguntas, peça ajuda, aceite o laço com o Outro e se deixe acompanhar. Buscar o laço é a orientação. Tirando partido do intervalo entre uma pedra e a próxima, a acolhida e conversa com a equipe, cria a possibilidade para que a novidade encontre lugar. E, sobretudo, aprende-se a fazer pausas e a tirar proveito dos intervalos (SILVA, 2012, p.210).

O intervalo foi o primeiro achado recolhido dessa clínica. No início do trabalho, os usuários instituem uma regra: “Não fumar para conversar” e indicam um manejo: a necessidade de saber produzir bons intervalos, criar condições para circulação da palavra. No espaço de tempo entre o gozo de uma pedra e a próxima, abrem-se possibilidades. Sobre esse hiato, uma pergunta pode vir a se colocar: “Não sei por que não saio dessa vida” ou um pedido: “Me leva

pro CERSAM?” ou “Posso ligar para casa?”. A abertura à demanda faz surgir possibilidades de modos substitutivos de satisfação ou de busca de alívio, que vão dos passeios, idas ao cinema – onde dois deslocamentos se produzem, um geográfico e outro simbólico, pois o sujeito se desloca pela cidade, sai da fixidez que o ata ao cenário, e muda de posição, passando de ator a espectador de outras cenas – ao banho, a um cuidado, como um curativo, à realização de consultas e exames ou à ida ao CERSAM, a outros pontos da rede e da cidade.

O intervalo não é um conceito da psicanálise, contudo, Lacan (1964, p. 207) ensina que é no intervalo entre o significante mestre (S1) e a cadeia de significantes (S2) que o sujeito se apresenta.

É no intervalo entre esses dois significantes [S1-S2] que vige o desejo oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso do Outro, do primeiro Outro com o qual ele tem que lidar, ponhamos, para ilustrá-lo, a mãe, no caso. É no que seu desejo está para além ou para aquém no que ela diz, do que ela intima, do que ela faz surgir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito.

E Maria Rita Kehl (2009, p. 112) corrobora, afirmando que “o sujeito do desejo, em psicanálise, é um intervalo sempre em aberto, que pulsa entre o tempo próprio da pulsão e o tempo urgente da demanda do Outro”.

O psiquismo concebido por Freud (1911) instaura-se a partir do trabalho de representação do objeto de satisfação, e entre a espera e o encontro – melhor seria dizer desencontro com este – há um intervalo, um espaço vazio e angustiante, um tempo de espera da satisfação, um tempo de e para o pensamento. É daqui, desse vazio, que o sujeito pode advir.

Lacan (1998) tematiza o tempo como lógico e o divide em três momentos: o instante de ver; o tempo para compreender; e o momento de concluir, e nos faz ver que o sujeito não advém de um lugar, de um ponto no cérebro ou no inconsciente, mas de uma lógica temporal. Desses três momentos, o primeiro e o último têm a duração do instante e o segundo, o tempo da meditação, pode prescindir da duração, ou seja, não precisa se reduzir ao instante nem ter duração infinita, e é indispensável ao trabalho psíquico, posto que sua elisão conduz à precipitação da conclusão e ao ato. E este, por sua vez, pode ser inconsequente, banal ou resultar em tragédia.

É este o ponto, nos parece, que a toxicomania atual expressa: uma passagem do instante de ver ao momento de concluir, o que suprime o tempo para compreender e o intervalo da espera da satisfação; intervalos sobre os quais o trabalho de pensamento se produz e dos quais pode

advir um sujeito. O aumento do consumo de drogas ou das adições – como sintoma – adere, portanto, à lógica do tempo da sociedade contemporânea.

Bauman (2009) e Maria Rita Kehl (2009) ajudam-nos a pensar as articulações entre tempo e subjetividade. Ao refletir sobre a sociedade contemporânea que ele designa como “sociedade de consumidores”, Bauman destaca entre as características que a constituem a relação com o tempo e a síndrome consumista que

[...] degradou a duração e promoveu a transitoriedade. Colocou o valor da novidade acima do valor da permanência. Encurtou drasticamente o lapso de tempo que separa o querer do obter [...] a síndrome consumista é uma questão de velocidade, excesso e desperdício (BAUMAN, 2009, p. 109-110).

Retomando Freud e Lacan, Maria Rita Kehl (2009) nos diz que é no intervalo entre a tensão da necessidade e a satisfação que o tempo se institui para o sujeito. E Joel Birman (2014), ao problematizar as individualidades contemporâneas, enfatiza que a aceleração do sujeito é o traço que se destaca na contemporaneidade.

“O ser interiorizado no registro do pensamento se transforma no ser exteriorizado e performático, que quer agir, antes de mais nada [...] pode-se dizer que as individualidades seriam marcadas pelo excesso, que as impele a agir [...] no cogito da atualidade, o que se enuncia ostensivamente é: agir, logo existir. O agir é imperativo categórico na contemporaneidade (BIRMAN, 2014, P. 82).

A aceleração do tempo, tão característica da contemporaneidade, ou a velocidade urgente de nossos dias é também registrada por Vargas (2001) no laço dos sujeitos com o álcool. Traço, portanto, que se reapresenta, ao estilo da temporalidade atual, no consumo de *crack*: tão veloz quanto à experiência do tempo própria ao presente. A droga do momento é um indutor de velocidade que se coaduna com o imperativo de sua época.

O homem contemporâneo vive tão completamente imerso na temporalidade urgente dos relógios de máxima precisão, no tempo contado em décimos de segundo, que já não é possível conceber outras formas de estar no mundo que não sejam as da velocidade e da pressa (KEHL, 2009, p. 123).

Ao trazer para o campo da redução de danos a dimensão temporal, especialmente, o manejo do tempo na perspectiva proposta por Lacan, ou seja, o tempo lógico, destacamos aí a noção de intervalo, de espaço de tempo vazio, ou de uma temporalidade viva, como propõe Maria Rita Kehl (2009), estabelecendo um contraponto com o imperativo que convoca ao gozo sem intervalos nos dias atuais. Desse modo, articulando intervalo e presença ativa, insumos, passeios e o convite a falar, evidencia-se a potência clínica da redução de danos que

transcende o pragmatismo e a instrumentalização. E isso nos é entregue pelo dizer dos sujeitos.

Mas o intervalo permite-nos ainda pensar a posição do lado da sociedade, da política e do direito, posto que a pressa – como resposta ao mal-estar – não se localiza, exclusivamente, do lado dos que se drogam. Há pressa e precipitação nas respostas orientadas pelo paradigma salvacionista que crê ser possível solucionar o mal do outro. Estabelecer intervalos entre demanda e resposta, mas, sobretudo, entre certezas prévias e perguntas inauditas, abre a possibilidade para a busca de soluções mais modestas, porém ativas como propõe Laurent (2011) e, principalmente, democráticas e civilizatórias.

Este achado da clínica dos Consultórios de Rua – o intervalo – passou a orientar nossa reflexão e constituiu-se, num segundo momento, como uma questão a ser endereçada a outro lugar: a academia, de modo a dar continuidade ao trabalho de elaboração, percurso que

Decidimos tomar esse ponto como questão de trabalho. Investigando, além da possibilidade de fundamentar clinicamente esse conceito, as referências e inscrições simbólicas da droga na história, na cultura e na política, ou seja, ao revisar a produção bibliográfica sobre o tema, orientamo-nos pelas seguintes questões: como se fez a viragem que conduziu à criminalização e como se instituiu a redução de danos e quais suas ressonâncias teóricas, práticas e políticas acabou nos conduzindo a um ato de decisão.

A conclusão desta etapa – da revisão bibliográfica – articulada à revisão documental e à análise dos casos trazidos à supervisão nos possibilitou elaborar o projeto para implantação de um dispositivo destinado a fazer circular essas referências e fomentar a produção de conhecimento e discursos que possam orientar a prática de profissionais das redes públicas de saúde, assistência social, educação e justiça junto aos sujeitos que se drogam. As supervisões, em especial, evidenciavam a necessidade de produção de um espaço para fomentar a produção de pensamento coerente com a prática proposta pela Reforma Psiquiátrica, dada a baixa presença desses discursos no cotidiano dos serviços da rede e na academia. Era necessário conhecer e se apropriar das referências que embasam a redução de danos e o movimento antiproibicionista, de modo a alargar a percepção sobre as drogas, as políticas que regulam sua presença na sociedade e as consequências que estas geram, as práticas terapêuticas e seus fundamentos, mas, sobretudo, trabalhar orientado pelas questões postas pelos sujeitos que se drogam, contrapondo o silêncio excludente pela participação ativa e responsável destes.

O projeto *Ateliê Intervalo de Redução de Danos* surge nesse processo, e através desse dispositivo esperamos assumir outras e novas questões que contribuam para reduzir os danos do poder de curar, pela abertura às soluções do sujeito e, também, pela oferta da presença e de pequenos e parciais recursos substitutivos de satisfação. Noutra vertente e fazendo parceria com o campo do direito, especialmente, com os coletivos antiproibicionistas, almeja-se alcançar a redução dos danos de punir, apostando que a descriminalização das condutas relativas às drogas deve orientar o projeto político e constituir-se como utopia concreta e realizável.

E sem descuidar do sujeito, sustentar com este o convite à invenção de medidas singulares que delimitem prazer e morte, inventando novos destinos para a pulsão. Noutras palavras: redução de danos pelo exercício do direito de pensar interditado pela proibição.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Eu atravesso as coisas –
 E no meio da travessia não vejo!
 – só estava entretido na ideia dos lugares de saída e de chegada.
 A gente quer passar um rio a nado, e passa;
 Mas vai dar na outra banda é num ponto
 Muito mais embaixo, bem diverso
 Do que em que primeiro se pensou.
 Viver não é muito perigoso?”
 (João Guimarães Rosa)*

Ao longo deste percurso, pudemos trabalhar questões postas pelo encontro da Reforma Psiquiátrica – nosso campo de atuação – com o “problema drogas. Questões instigantes e em aberto que nos provocaram a desenvolver uma tarefa.

Da crítica endereçada à Reforma Psiquiátrica, formulamos hipóteses e buscamos verificar sua validade. A primeira delas dirigia-se aos princípios que essa política sustenta como orientação para o cuidado em liberdade: a defesa da cidadania dos portadores de sofrimento mental e, por consequência, a sustentação de um tratamento não segregativo. Seriam esses princípios, de fato, válidos e aplicáveis à clínica com os sujeitos que se drogam? Políticos, cientistas, famílias, imprensa, pastores, padres e juízes – porta-vozes dos discursos autorizados sobre as drogas – apontavam que a tecnologia produzida pela Reforma Psiquiátrica era inadequada no tratamento das adições às drogas.

O discurso dos especialistas, assim como os dos demais porta-vozes autorizados – o percurso nos permite, agora, dizê-lo – é de legitimação da segregação, comprometido eticamente com a produção de uma norma: a proibição às drogas, da qual retira parte de seu poder. É similar, portanto, ao processo já apresentado por Michel Foucault (1987) na *História da loucura na Idade Clássica* e que fundamenta a crítica à lógica manicomial. E assim como ocorreu no processo de segregação dos loucos, revela-se decisivo no duplo processo de criminalização e medicalização do consumo de substâncias.

Entretanto, foi necessário retroceder no tempo e viajar a pontos mais distantes na história para captar sentidos e significados atribuídos às chamadas drogas. O percurso histórico – do laço dos homens com as substâncias e o da construção do controle cooperativo e compulsório - nos

ajudou a distinguir a droga inscrita nos discursos da política, do direito e da medicina; da substância e sua função na economia psíquica.

O conceito droga deriva do encontro entre os europeus e seus “outros”. As cruzadas marcam a retomada de contato entre Europa e Oriente e ainda que o Ocidente cristão tenha se lançado à empreitada com o objetivo de salvar das mãos pagãs o Santo Sepulcro, esse encontro possibilitou ao Ocidente adotar realizações da civilização árabe, e descobrir o gosto pelas especiarias exóticas.

Não é sem sentido, portanto, a associação entre consumo de drogas e viagens, cujos significados, óbvio, transcendem sua dimensão concreta, mas não o descartam. E, ainda, revela outro sentido possível, qual seja: as drogas permitem a expansão ou a alteração da consciência e participaram da expansão do mundo conhecido e das civilizações. É preciso, entretanto, registrar que na contemporaneidade a viagem propiciada pelo consumo de substâncias – dessacralizadas e reduzidas à condição de objeto de consumo –, pode conduzir a destino distinto e mesmo oposto à possibilidade do conhecimento de si, tal como experimentado em outras épocas.

A íntima relação entre a Revolução Industrial e o consumo de álcool leva alguns autores a nomeá-lo como o verdadeiro filho dessa revolução. A mudança na relação com o tempo, que se torna mais rápido, veloz, mas, sobretudo, monetariamente medido – *time is money*, canta o capitalismo – articula-se aos efeitos produzidos pelo álcool. Efeitos maximizados e consumo acelerado articulam o laço entre a substância e o modo de produção capitalista. A contemporaneidade reafirmará essa verdade no laço com a droga da época: a cocaína e nas Américas, sua versão fumada, o crack, de efeitos ainda mais rápidos e intensos, como pedem os dias atuais.

Na relação das religiões com as drogas, percebe-se que diferentes religiões condenam, cada um a seu modo, o uso de determinadas substâncias. Contudo, cabe registrar a particular e decisiva influência do cristianismo na condenação moral a diferentes drogas e o processo de criminalização que empreendeu na Europa e América entre os séculos XIII e XVII: a Inquisição.

De elemento ritualístico, manipulado por xamãs, bruxas, feiticeiros e droguistas, à revolução farmacêutica e suas balas químicas, as substâncias psicoativas participarão da constituição de

campos de saber e práticas da medicina, da farmácia e da botânica. No século XVI, Paracelso – médico e alquimista – inaugurará a farmacologia.

A introdução das drogas de uso terapêutico revolucionará a clínica e a relação do homem com seu corpo, com a doença e suas dores. Revolução que o século XX potencializará.

Decisivos para a consolidação do “problema drogas”, ou para a clivagem entre modos de uso e substâncias lícitas e ilícitas, os saberes médico e jurídico, hoje, fazem par com discursos morais, religiosos, policiais e políticos e são os representantes autorizados a tratar da questão. Contudo, é preciso não perder de vista que tal delegação e legitimação é uma construção social historicamente datada e bastante recente.

A partilha das drogas, a restrição dos sentidos e a criminalização das condutas relativas a elas têm nos saberes médicos sua fonte de legitimação. A perigosa aliança entre tratamento e moral conforma-se numa política: a proibição.

E é preciso não esquecer a apreensão feita pelo saber psiquiátrico, no século XIX, acerca da experiência de consumo de drogas, pois dela decorre o surgimento do conceito de toxicomania que foi isolada e constituída como categoria clínica autônoma no ano de 1885, por Emmanuel Régis. Igualmente produzida como conceito, no século XIX, a adição passa a ser sinônimo de doença da vontade quando o modelo orgânico de doença é superado pelo modelo patológico. Esse termo – *adicto*, escravo – é uma derivação da palavra com a qual os romanos antigos definam o cidadão livre que se tornava escravo em razão de dívidas não pagas.

Mais recentemente, no século XX, surge outra referência e nomeação adotada pelo saber médico para nomear a experiência do consumo: a dependência. Diferente dos anteriores, esse conceito não provém do saber psiquiátrico, nem da tradição romana, mas do campo político.

O nascimento de uma ciência da embriaguez representa uma tecnologia de controle social constituída nos domínios da medicina legal, da nosologia, da epidemiologia, da saúde pública e das políticas sociais.

A categoria de doença, como sinônimo da experiência de consumo de drogas, nos remete ainda a outro ponto presente no processo de institucionalização da loucura, a objetificação desta experiência. Momento no qual a loucura é apreendida pelas malhas do saber científico e torna-se prisioneira e cativa não mais pelas correntes que antes a retinham, mas pelo

esvaziamento de seu saber e verdade. Também, aqui, a nova doença e, sobretudo, os novos doentes são silenciados.

Os especialistas falam sobre uma experiência que não realizaram, ou, pelo menos, sobre a que realizaram não falam, e, se falam, o fazem dentro dos discursos autorizados: o heroico ou o arrependido. Mas, são prolixos ao dizer a respeito do que intervém e afeta o corpo de outros, para os quais produzem normas, prescrevem drogas – puras, lícitas e eficazes – para tratar o mal e seus efeitos.

O retorno da segregação como resposta e medida de proteção e cuidado evidencia outra semelhança e isso nos leva a concordar com Olievenstein (1984). A adição, assim como antes ocorrera com a loucura, veio ocupar um lugar vazio no qual o Ocidente parece depositar, de tempos em tempos, seus maiores medos, suas mais temíveis ameaças. Parece ser assim mesmo. De tempos em tempos, o empuxo à exclusão se manifesta, se reatualiza e é preciso estar atento a isso. Hoje a adição, amanhã... o que ou quem preencherá esse vazio?

Sabíamos que a droga não era o mal, que os sujeitos padeciam de outros males e investiam uma substância psicoativa determinada de uma função. Escutá-la, então, era um dos desafios postos. Reconhecer o modo como ela se insere na economia psíquica, os riscos a que cada um se expõe ao consumi-la ou o modo como destes se protege não só desfazia o engano – não é a droga que faz um toxicômano –, como permitia atravessar outros equívocos.

Entre tais enganos, o mais importante, sem dúvida, diz respeito aos danos que os discursos e a política proibicionista impõem aos que escolhem tratar seu mal-estar ou realizar experiências de prazer com o apoio dessas substâncias. A droga da economia psíquica é distinta da droga mercadoria e da droga-alíbi que justifica uma política. E muito do que se extrai dessas substâncias – o lucro que geram – permanece oculto, segue subterrâneo pelos canais da lavagem de dinheiro.

O que não se oculta é a letalidade da política. Contam-se os mortos, no Brasil, em milhares. E a cifra é tão espantosa e cruel que pode ser nomeada como epidemia de homicídios. E é preciso dizê-lo: os que morrem, assim como os que são presos e tipificados como traficantes, têm origem comum: são negros, são pobres, são jovens e permaneceram pouco tempo na escola. Mesmo retrato dos que se encontram nas cenas de uso de drogas e que nos leva a concluir, com o óbvio, que a escola é fator de proteção para o risco de morte e de

encarceramento e da desfiliação potencializada pelo consumo. A droga, no Brasil da era do consumo, trata, além do mal subjetivo, as feridas causadas pela exclusão social.

A proteção à saúde pública – alegada razão da proibição – é desmentida pelas estatísticas de mortalidade: uma taxa de homicídios juvenis de 57,6/100 mil habitantes. A droga responde pela emergência de nossos dias e em seu nome se trava uma guerra contra os pobres e descartáveis da era do consumo.

Recolher esses pontos contribuiu para reafirmar uma aposta: a descriminalização do consumo de drogas se coloca como uma necessidade da democracia, bem como da clínica. Tratar em meio à guerra não pode ser uma condição permanente. Aliás, a guerra mesma não pode – como a das drogas se tornou – tornar-se permanente, posto que sua existência implica na suspensão do Estado democrático de Direito e faz do outro um inimigo. A guerra às drogas, em particular, traz prejuízos à saúde quando afasta a rede de quem esta deve cuidar. A ilegalidade do hábito impõe a necessidade de um consumo oculto, rápido e, muitas vezes, descuidado, que pode facilitar a transmissão de doenças, como as transmitidas pelo compartilhamento do cachimbo pelos usuários de *crack*. Isso significa que proibir não protege os sujeitos, tampouco a saúde ou a sociedade.

Restava, ainda, uma necessidade: conhecer a redução de danos, seus fundamentos, percurso e história que, até a chegada da “questão droga” ao campo da saúde mental, restringia-se às políticas de DST/AIDS. Antes de sua inscrição nas políticas de saúde, como estratégia de interrupção do ciclo de transmissão do vírus do HIV e das hepatites, na década de 80 do século XX, a redução de danos foi proposta como medida de tratamento das consequências advindas do consumo de heroína e cocaína. Laço que, a nosso ver, será retomado com destaque, no Brasil, no momento de sua inscrição no campo da saúde mental, quando o nexo entre uso de drogas injetáveis e AIDS entra em declínio.

Até sua recepção pela saúde mental, a redução de danos, em nosso país, se manterá em fronteira próxima, mas distinta e alheia ao cotidiano dos serviços substitutivos ao manicômio. Uma direção para o tratamento dos sujeitos que se drogam que precisava ser trilhada como trajetória própria, ou seja, articulada às questões presentes na clínica da Reforma Psiquiátrica e atenta ao risco do esvaziamento de sua potência política e clínica e reduzida à mera instrumentalização e ao pragmatismo, como já alertado. Nesse sentido, a questão que se colocava era a necessidade de buscar a articulação entre redução de danos e Reforma Psiquiátrica, extraindo desse encontro sua potência clínica.

A introdução de um dispositivo, os Consultórios de Rua na rede substitutiva ao manicômio, demarcou a entrada mais decidida da Reforma Psiquiátrica no mundo das drogas. Dispositivo clínico inserido na rede de atenção psicossocial que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo aberto, disperso e plural das ruas, conduz a saúde ao exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas, na qual, a dor se faz presente.

A decisão de “ir à campo exigiu e exige a cada “campo” a elaboração de um pensamento, de uma carta náutica para orientar a viagem e os encontros. Ir ao encontro de populações ocultas é uma marca de experiências de redução de danos realizadas em outros países. Em nosso caso essa decisão nos colocou frente às questões suscitadas pelo consumo de drogas, diante dos sujeitos e suas histórias, mas também frente às nuances da exclusão social, ao encontro da droga/remédio para a falta de lugar e cidadania e da droga como via de trabalho. E nos pôs cara a cara com a violência cotidiana que marca a existência dos que se encontram à margem.

As cenas de consumo de drogas – nomeadas como cracolândias – e sua estética (lugares sombrios, mal-iluminados, onde homens e mulheres ora circulam de um ponto a outro, intensamente; ora permanecem inertes, expondo ao olhar da cidade um gozo solitário e breve alcançado pelo consumo de pequenas pedras de cocaína) introduzem no espetáculo da sociedade contemporânea a cena inesperada, não prevista e fora do tom. Aquela protagonizada pelos sujeitos residuais produzidos pelo neoliberalismo.

No bastidor das cenas é possível ver e reconhecer que nem tudo se mostra. Mesmo a extrema visibilidade e exposição, algo de íntimo e privado permanece preservado. Há pudor em gozar diante dos olhos de quem chega e escolhe-se interromper o consumo para fazer uso da palavra e esta cria o intervalo e a possibilidade de que o sujeito possa advir.

Dos manejos criativos da psicóloga-manicure que escuta mais e melhor quando cuida das mãos femininas que, mesmo desconfiadas entregam, no instante do cuidado com o corpo, pontos de sua história e sofrimento ou quando se dispõe a ser escriba e transcrever em cartas, as notícias endereçadas a laços frágeis e distantes; ou da artista que tritura num liquidificador duras referências e realiza, pela contação de estórias, a viagem literária que possibilita a descoberta de um significado do nome próprio e a elaboração de um sentido novo; das idas de usuários e técnicos, ao cinema, ao teatro, aos parques e aos serviços de saúde e assistência social, à distribuição de insumos (preservativos, kit de higiene bucal, água, mel, chocolate,

etc) e realização de curativos e outros cuidados com o corpo, o que mobiliza e aproxima, faz aparecer o inédito: o intervalo. Um espaço vazio à espera de satisfação, angustiante e vivo sob o qual vem se inscrever um pensamento e a partir do qual um sujeito pode advir.

Nas trincheiras da guerra, em meio aos escombros de nossas favelas, mas, acima de tudo, no encontro com os sujeitos que se drogam – os consumidores falhos ou os rejeitos humanos da sociedade de consumidores –, algo se evidencia: o cuidado e a atenção ao corpo e indica que pelo investimento – de quem cuida – sobre as questões que tocam um corpo, abre-se a via de acesso às questões silenciadas pelo consumo irrefreado, destrutivo, pela violência e falta de lugar no Outro e na cidade. A oferta de modos substitutivos de tratamento da pulsão pelo corpo favorece a aproximação e permite o enlaçamento para sujeitos invisíveis em sua dor de existir, e percebidos, apenas, como ameaça e risco.

Atravessar o patamar do horror possibilita à “saúde a ser inventada” posicionar-se frente à singularidade dos casos, ou seja, permite uma tomada de posição que favorece o encontro com a subjetividade da época, as possibilidades e dificuldades de ofertar, pelo encontro, o alívio. Ou uma pausa.

Não recuar frente à adição: é o modo como lemos o axioma laciano no século XXI, pois nos parece ser esta a experiência que traduz a loucura na contemporaneidade. Não recuar, fazendo-nos presente e ao lado, mas, distante dos ideais, para ofertar recursos civilizatórios: saúde, cultura, direitos, mas, sobretudo, presença ativa e qualificada. É o que buscamos nesta viagem. O que, de fato, nos interessa não são as drogas, mas os sujeitos e seus destinos. O que nos afeta e nos põe a trabalho é a possibilidade de invenção de novos caminhos para satisfação da pulsão que conecte os sujeitos ao mundo e ao viver. Nossa aposta põe acento na arte e na cultura, mas também, na saúde, na educação, no direito e na cidadania como recursos para tratar o mal-estar e mantém-se atenta às pausas, aos intervalos.

O novo viajante do trem da liberdade inventado pela luta antimanicomial e instituído pela Reforma Psiquiátrica, ao chegar, tomou assento fazendo barulho, tensionando o campo, embaralhando referências e trazendo consigo as marcas da delimitação imposta pela partilha moral: a violência, a criminalidade e a morte. Mas chegou – nos parece – no momento justo, ou seja, quando o declínio da epidemia de AIDS nos permite vislumbrar e pôr em destaque o laço dos sujeitos com as substâncias psicoativas. O modo de apresentação destas na contemporaneidade: como objeto de consumo e veículo que conduz à felicidade que o

mercado condensou em pílulas, pós e pedras, os riscos e consequências que o hábito atual comporta.

Desencantada, utilizada fora de ritos; ancorada na referência simbólica dada pelo mercado e ilegal, assim nos encontramos com as drogas e os usuários. Nas brechas da proibição a busca pelo laço e o encontro dá impulso à vida: deles e nossa.

E foi do que pudemos recolher das questões vindas do encontro nas cenas que um dado se destacou: o intervalo. E desse achado fizemos um projeto, que se encontra anexado (Anexo A) ao registro do percurso feito.

Por meio deste espaço, pretende-se fomentar a produção da reflexão sobre o trabalho, abrindo campo para o diálogo com outras disciplinas e saberes, bem como comprometendo, acima de tudo, academia e políticas públicas na construção de um pensamento até então ausente ou timidamente presente nos serviços e na formação: a redução de danos e as reflexões críticas sobre o “problema droga”. Além dos trabalhadores das redes públicas, o Ateliê espera acolher estudantes de graduação e pós-graduação da UFMG, ensejando, assim, a necessária abertura para a produção fecunda de investigações, pesquisas, qualificações e, sobretudo, de debates que abram intervalos e brechas no muro compacto da proibição e suas irrazoáveis razões.

Ao trabalho! Mais uma vez e sempre.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. et al. Introdução. In: _____ (Org.). *Política de saúde mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008.

AGAMBEN, G. *O que é o contemporâneo?* e outros ensaios. Tradução de Vinícius N. Honesko. Chapecó: Argos, 2009.

_____. *Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

ALTHUSSER, L. *O futuro dura muito tempo* –seguido de os fatos: autobiografias. Organização e apresentação de Olivier Corpet. Tradução de Rosa Freire D' Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

ALVES, D.S.N. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. D.C. (Org.). *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARAL, M. A.; CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 mar. 2015

AMARANTE, P.; BEZERRA JR., B. *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

AROCA, R.P. *43º Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la O.E.A.* Discurso del Canciller de Ecuador en junio de 2013. Disponível em: <<http://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/07jun-discurso-Canciller-OEA.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BARATTA, Alessandro. Introducción a la criminología de la droga. *Nuevo Foro Penal*, Bogotá, n. 41, p. 329-346, jul./set. 1988.

BARROS-BRISSET, F. O. A psicanálise quando toca na divisão faz política. *Boletim da XVII Jornada da EBP-MG*, Belo Horizonte, n. 20, out. 2012. Disponível em:

<http://jornadaebpmg.blogspot.com.br/2012_10_01_archive.html>. Acesso em: 04 maio 2015.

_____. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 2010.

BASTOS, F. I.;BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil?Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BATISTA, N. Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos*, Rio de Janeiro, n. 5/6. p. 77-94, 1998.

BATISTA, V. M. *Difíceis ganhos fáceis:drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

_____. (Org.). *A violência na berlinda*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Faperj, 2014.

BATISTA, M.C.D.; LAIA, S. (Org.).*A psicose ordinária*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

BAUMAN, Z. *Medo líquido*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

_____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Tradução de Cláudia Gama e Mauro Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *Vida líquida*. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

BECKER, H. S. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Tradução de Maria Luiza X. de Borges; revisão técnica de Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BENETI, A. A toxicomania não é mais o que era.*Almanaque On-Line*, Belo Horizonte, n. 9, jul/dez. 2011.Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/almanaque9.htm>>. Acesso em:03 maio2015.

BIRMAN, J. Subjetivações, periculosidade e insegurança social na contemporaneidade. In:

BATISTA, V. M. (Org.). *A violência na berlinda*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Faperj, 2014.

_____. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BOITEUX, L. (Org.). *Tráfico de drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do tipo do artigo 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais*. Rio de Janeiro: UFRJ/UnB, 2009. (Série Pensando o Direito).

BOITEUX, L.; PÁDUA, J.P.A *desproporcionalidade da lei de drogas. Os custos humanos e econômicos da atual política do Brasil*. Rio de Janeiro: CEDD, 2013. Disponível em<https://www.academia.edu/5205333/A_desproporcionalidade_da_lei_de_drogas_os_custos_humanos_e_econ%C3%B4micos_da_atual_pol%C3%ADtica_do_Brasil_2013_>. Acesso em: 25 maio 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Comissão Parlamentar de Inquérito do Sistema Carcerário. *CPI sistema carcerário*. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009. Disponível em:<<http://bd.camara.leg.br/bd/handle/bdcamara/2701>>. Acesso em: 15 mar.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Apólitica integral do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasil. Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 05 maio 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. *PNAD 2009 – Primeiras análises: tendências demográficas*. Comunicados do Ipea. Brasília, 2010. n. 64. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/101013_comunicadoipea64.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Nota – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo*. Levantamento Preliminar 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/levantamento-sinase-2013>>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. *Mapado encarceramento: os jovens do Brasil*. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: <<http://juventude.gov.br/juventude/imagens/mapa-do-encarceramento-os-jovens-do-brasil.pdf#.Va6vBqRViko>>. Acesso em: 12 maio 2015.

BRUCK, M. Salomão. Crack na imprensa: imaginários e modos de representação do jornalismo sobre o surgimento e a explosão da droga em Belo Horizonte. *Brazilian Journalism Research*, Brasília, v.9, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://bjr.sbpjor.org.br/bjr/article/view/513>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

CANO I.; MELO, D.L.B. (Org.). *Índice de homicídios na adolescência: IHA 2009-2010*. Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2012.

CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2001.

_____. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

_____. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD, 2010.

CARNEIRO, H. *Amores e sonhos da flora: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia*. São Paulo: Xamã, 2002.

_____. Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C. et al (Org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. *Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna*. São Paulo: SENAC, 2010.

CARVALHO, S. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático*

da Lei 11.343/06. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

_____. Nas trincheiras de uma política criminal com derramamento de sangue: depoimento sobre os danos diretos e colaterais provocados pela guerra às drogas. In: LOPES, L. E.; MALAGUTTI, V. (Org.). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”*. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

CASTRO, L.A. *Criminologia da reação social*. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

CLAYTON, R. R. Cocaine use in the United States in a blizzard or just being snowed? *NIDA – Research Monograph Series*, Washington, D.C., n. 61, p. 8-34, 1985.

COELHO, V.A.A. et al. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Belo Horizonte, v. 19, n. 08, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000803605&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 jul.2015

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Parecer sobre o PL 7663/10*. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>>. Acesso em: 07 jun.2015.

_____. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. *Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil*. Brasília: CNJ, 2014. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>. Acesso em: 10 maio2015.

DELGADO, P. G. G. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Tradução de José C. Barreiros. Lisboa: Antígona, 2004.

_____. *O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos*. Tradução de Carlos Szlak. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FILHO, A. N.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.). *Guia do projeto Consultório de Rua*. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2012.

_____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1986.

FREUD, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1996. 12v. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

_____ (1930). O mal-estar na civilização. In: _____. *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1996. 21v. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

GARCIA, Célio. *Interfaces*. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2011. (Coleção Clínica do Social).

GARCIA, D. R. *Intervenções urbanas pelo Consultório de Rua Noroeste 2014*. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Artística) – Escola Guignard, Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

GARCIA, L. et al. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: BASTOS, F. I. et al (Org.). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

GUARINELLO, N. L. O vinho: uma droga mediterrânea. In: LABATE, Beatriz C. et al(Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

HART, C. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IBGE. *Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm> Acesso em: 11 mar. 2015.

JAKOBS, G. *Direito penal do inimigo: noções e críticas*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

KARAM, M. L. A esquerda punitiva. *Discursos sediciosos: crime, direito e sociedade*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 79-92, jan./jun.1996.

_____. A Lei n. 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz C. et al (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

KEHL, M. R. *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo, 2009.

LACADÈE, Philippe. L'enfer, les anges et l'idiot. In: Encontro Brasileiro do Campo Freudiano, 20, 2014, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/11/lenfer-les-anges-et-lidiot.html>>. Acesso em: 03 maio 2015.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986.

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LAURENT, E. Como engolir a pílula? In: MILLER, J. A. (Org.). *Ornicar?* De Jacques Lacana Lewis Carroll. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

_____. *Loucura, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.

_____. O tratamento das escolhas forçadas da pulsão [abr. 2012]. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 21-31, mar./ago. 2012. Entrevista cedida a Fernanda Otoni.

LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: HUCITEC,

1997.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG.

MATTOS, V. Criminalização: efeitos jurídicos, sociais e penais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.). *Drogas, direitos humanos e laço social*. Brasília: CFP, 2013. p. 136-145.

MEDINA, M. G. et al. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. (Org.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 161-179.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis – polêmica nacional. In: BASTOS, F.I. et al. (Org.). *Troca de Seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 1998. P. 101-112

MILLER, J.A. *O osso de uma análise + O inconsciente e o corpo falante*. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 09-41.

MOREIRA, F. G.; HAIEK, R.; SILVEIRA D. X. *Redução de danos no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD*. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/pdf/artigos/rd_proad.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

MORETZSOHN S.D. O cultivo científico da ignorância. *Observatório da Imprensa*, São Paulo, 20 nov. 2012. Disponível em: <http://observatoriodaimprensa.com.br/jornaldedebates/_ed721_o_cultivo_cientifico_da_ignorancia>. Acesso em: 12 maio 2015.

NAPARSTEK, F. Função tóxica na clínica das psicoses: remédio e/ou ruína? *Almanaque Online*, Belo Horizonte, n. 13, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/13/textos/Adriana.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). *Drogas e redução de danos: uma cartilha para*

profissionais de saúde. Brasília: PROAD/UNIFESP/Ministério da Saúde, 2008.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1984.

_____. Toxicomania e AIDS. Tradução de Angela Maria Tijiwa. In: LANCETTI, Antonio (Org.). *SaúdeLoucura n° 03*. São Paulo: HUCITEC, 1992.

OLMO, R.A *face oculta da droga*. Tradução de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

PACHECO, L. V. A presença do toxicômano na contemporaneidade: um apelo ao corpo. In: ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE – MG. *Agenda*. Belo Horizonte: EBP/IPSM, 2000. p. 16-19.

PAVARINI, M. *Punir os inimigos: criminalidade, exclusão e insegurança*. Curitiba: Ledze, 2012.

PETUCO, D. R.S. Pra não dizer que não falei de drogas: o cuidado de pessoas que usam drogas e a luta antimanicomial. In: SANTOS, L. M. B. (Org.). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

POLLO-ARAUJO, M.A.; MOREIRA, F.G. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D.X. (Org.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. Brasília: PROAD/UNIFESP/Ministério da Saúde, 2008.

REDE LATINO-AMERICANA DE PESSOAS QUE USAM DROGAS. *Nada a nosso respeito, sem a nossa participação*. Manifesto das pessoas que usam drogas ilícitas. Disponível em: <<http://lanpud.blogspot.com.br/2012/10/nada-nosso-respeito-sem-nossa.html>> Acesso em: 15 mar. 2015.

RIBEIRO, M. M. *Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas*. São Paulo: Saraiva, 2013.

RIBEIRO, N.B. Os silêncios e tantas histórias. In: *Cadernos de História*, Belo Horizonte, v.6, n.7, p. 57-65, jul. 2001.

RODRIGUES, T. *Narcotráfico: uma guerra na guerra*. São Paulo: Desativo, 2003.

_____. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, Beatriz C. et al(Org.). *Drogas e cultura:*

novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

ROSA, J.G. Sorôco, sua mãe, sua filha. *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social?* Ensaio sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

RUI, T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SANTIAGO, J. *A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

SCHEERER, S. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). In: BASTOS, F. I.; GONÇALVES, O. D. (Org.). *Drogas: é legal?* Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago 1993.

SILVA, R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. *Responsabilidades*, Belo Horizonte, v. 1, n. 2. p. 203-214. set./fev. 2011/2012.

SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.5v. (Caderno HumanizaSUS).

STIMSON, G. A Aids e o uso de drogas injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: as políticas públicas de prevenção da epidemia. In: BASTOS, F.I. et al. (Org.) *Troca de Seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 1998. p.9-54

VARGAS, E. V. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de "drogas"*. 2001. 600f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.

_____. Fármacos e outros objetos sociotécnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 581-623, jul./dec. 2006.

WACQUANT, L. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos* [A onda punitiva]. Tradução de Sérgio Lamarão. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003. n. 6. (Coleção Pensamento Criminológico).

WASELFISZ, J.J. *Mapa da Violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <www.juventude.gov.br/juventudeviva>. Acesso em: 07 abr. 2015.

WALMSLEY, R. *Lista mundial da população prisional*. In: INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISION STUDIES. *Publicações centrais*. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/research-publications?shs_term_node_tid_depth=27>. Acesso em: 07 abr. 2015.

WODAK, A. Redução de danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, F.I. et al. (Org.) *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: MS, 1998. p. 55-72

ZACCONE, O. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

_____. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

ZAFARONI, E. R. *Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal*. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

_____. *O inimigo no direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

**ANEXO A – PROJETO: CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA / ATELIÊ
INTERVALO DE REDUÇÃO DE DANOS**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

NÚCLEO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PAZ

Prof^a Cristiane de Freitas Cunha

Rosimeire Aparecida da Silva

ATELIÊ INTERVALO DE REDUÇÃO DE DANOS

**BELO HORIZONTE
2014**

APRESENTAÇÃO

*No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas
nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra. (DRUMMOND, 2009, P. 267)*

O Centro Regional de Referência Ateliê Intervalo de Redução de Danos é produto do projeto de pesquisa “Consultórios de Rua: a clínica antimanicomial e a céu aberto da adição às drogas. Intervalos e responsabilidade na invenção de destinos para a pulsão”, inscrito no Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência”, orientado pela professora Cristiane de Freitas Cunha e articulado ao Núcleo de Promoção da Saúde e Paz e ao Observatório da Saúde do Adolescente, ambos, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

A criação desse dispositivo visa à introdução da redução de danos na prática de cuidado desenvolvida pelos profissionais de saúde da rede pública de municípios mineiros, tanto os que atuam nos serviços de saúde mental, como os Centros de Referência em Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas (CERSAMs-ad), Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil (CERSAMi), Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), Centros de Convivência, Consultórios de Rua e os da rede básica, quanto os das Equipes de Saúde da Família e de outras políticas públicas que tenham interface com a questão.

Além disso, o Ateliê Intervalo pretende funcionar também como realizador de cursos, seminários e fomentador de projetos de pesquisa que discutam a problemática das drogas e suas interfaces com os campos jurídico, cultural, sanitário e social. Ademais, propõe-se a trabalhar em parceria com pesquisadores e professores de outras universidades brasileiras, entre as quais destacamos a Unifesp, UFRJ, UFBA, UERJ, UFSJ, e com os movimentos sociais que investigam e trabalham esse tema na perspectiva da redução de danos, da luta antimanicomial e antiproibicionista.

1 JUSTIFICATIVA

1.1 Desconstrução de uma referência

Minas Gerais possui, de acordo com dados do PNAD, uma população estimada de 20.734.097 habitantes. Sua capital, Belo Horizonte, também de acordo com dados do PNAD, concentra, desse total, 2.395.784 habitantes. Ocupando a segunda posição, no país, em número de habitantes, Minas Gerais responde por cerca de 10% da população total do país.

Dos 853 municípios do estado, apenas 20 apresentam população superior a 100 mil habitantes, sendo a Região Metropolitana de Belo Horizonte a mais populosa e a que apresenta maior crescimento populacional, de acordo com dados do IBGE (2012). Os indicadores de desenvolvimento econômico e social e de desenvolvimento humano revelam haver uma grande disparidade entre as regiões do estado, apresentando as regiões Norte e Nordeste baixo IDH, enquanto que as regiões Sul, Triângulo e Alto Paranaíba apresentam situação oposta. E a região Central, embora seja rica, apresenta alto índice de desigualdade social, com cerca de 600 mil pessoas vivendo em aglomerados subnormais, dos quais mais da metade se localiza na capital.

Referência cultural, por décadas, como território de segregação da loucura, sustentado pela triste realidade imposta aos loucos nos hospícios de Barbacena, batizados como “porões da loucura”, Minas Gerais, contudo, tem dado outro exemplo ao país. Desde Barbacena até as mais pobres de suas cidades, o cuidado em saúde mental ofertado pelo poder público à população orienta-se por outro paradigma e produz uma nova realidade.

Em 1995, o movimento social da luta antimanicomial conquistou a aprovação da Lei Estadual de Reforma Psiquiátrica, que sustenta, como diretriz legal, a substituição dos leitos e hospitais psiquiátricos por uma rede diversificada de serviços que assegurem tratamento e respeito aos direitos de cidadania dos portadores de sofrimento mental. O impulso dado pela lei fortaleceu a atuação dos movimentos sociais que, ao longo das duas últimas décadas, tem contribuído decisivamente para a mudança da realidade assistencial. Confirmam essa afirmativa a existência, atualmente, de cerca de 40 CAPS-ad, 30 Consultórios de Rua, mais de uma centena de CAPS, equipes de saúde mental na atenção básica em todo o Estado, além de serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência e outros dispositivos e o fechamento de hospitais psiquiátricos. Isso significa que a resposta mineira ao sofrimento

psíquico pauta-se por princípios éticos radicalmente distintos daqueles que ensejaram crônicas e consolidaram a triste referência cultural de lugar sem volta, do trem dos loucos e do holocausto.

Sua capital implantou, ao longo dos últimos 21 anos, uma diversificada e complexa rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, constituída por 11 CAPS, sendo 7 CAPS III; 1 CAPSi; 3 CAPS-ad, dois deles funcionando como CAPS III; 1 Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP); 4 equipes de Consultórios de Rua; 9 Centros de Convivência; 29 Serviços Residenciais Terapêuticos; profissionais de saúde mental em 147 Centros de Saúde; 9 Núcleos do Projeto Arte da Saúde; e 9 equipes complementares de Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente.

Esse conjunto de dispositivos possibilitou, ao longo dos anos, a execução de outro objetivo estratégico da Reforma Psiquiátrica, a saber: o fechamento de leitos e descredenciamento e/ou fechamento de instituições psiquiátricas. O município, nesse percurso, fechou e/ou descredenciou 4 hospitais psiquiátricos e cerca de 1900 leitos e alcançou, em razão dessa construção, o lugar de referência na experiência de desconstrução do manicômio. E a exemplo da capital, muitos municípios do interior empreenderam o mesmo processo, substituindo leitos e hospitais psiquiátricos por CAPS, CAPS-ad, Serviços Residenciais Terapêuticos, Consultórios de Rua; enfim, por um conjunto de recursos que permite a usuários, seus familiares e cidades dispensar o recurso exclusivo da internação como modo de tratar o sofrimento psíquico.

A prática dessa rede pública substitutiva serve de modelo e orienta o trabalho de outras cidades brasileiras, no campo da atenção aos portadores de sofrimento mental grave e persistente.

1.2 Construção de uma clínica pública e antimanicomial para a adição às drogas: necessidades e premissas

Belo Horizonte e Minas Gerais têm forte tradição na construção do pensamento e projeto antimanicomial e contam com a importante presença e contribuição dos movimentos sociais. Porém, ao assumir a responsabilidade pelo cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, a

Reforma Psiquiátrica mineira e belo-horizontina se deparou com a importante lacuna da formação. Ressaltamos, contudo, que não se trata de uma formação qualquer, ou de saberes técnico-científicos que se contraponham aos princípios que orientam a prática dos serviços substitutivos e da política de saúde, a saber: a redução de danos, a luta antimanicomial e antiproibicionista. Essa ausência ou lacuna, entretanto, não diz respeito ou se faz notar apenas na rede pública. A academia apresenta uma incipiente inserção nesse debate, o que acaba por contribuir para a repetição de discursos e práticas que não favorecem a relação entre usuários e trabalhadores e mantêm o afastamento e a exclusão dos usuários de drogas dos serviços públicos, conforme se pode notar nas cenas públicas de consumo de drogas, em que os casos mais graves e vulneráveis encontram-se à margem das redes.

A entrada mais decidida da Reforma Psiquiátrica na clínica das toxicomanias, os Consultórios de Rua, colocou a política frente a um campo novo, instigante e tenso, em que o abandono mostra-se a céu aberto. Nesse espaço em que a dor e a fragilidade se apresentam à vista de todos e o abandono torna oculta a existência, a prática segue o mesmo destino: em público, a céu aberto e antimanicomial. “Na rua o mais legal, o consultório é antimanicomial”, saúdam os adolescentes à equipe que chega. Desprovida de certezas, causada pelo desejo de ver além do que o olho da razão é capaz de captar, chegando com respeito e delicadeza, trato digno e interessado pelo outro e seu dizer, apostando nas saídas que aponta, no disfarçado ou declarado pedido de companhia e ajuda, os Consultórios de Rua circulam pelos becos e ruas ao lado de usuários de drogas, e aí realizam o delicado trabalho de recolher palavras, resíduo humano que ajuda a tecer o laço, ao mesmo tempo em que aprendem com o que a realidade lhes traz.

Uma das drogas, o *crack*, interpela a sociedade brasileira. A pedra que se impôs ao caminho do avanço democrático, curiosamente, não é o principal anestésico adotado para tratar o mal-estar pela maioria dos brasileiros. A pesquisa realizada pela Fiocruz revela que, do conjunto dos cidadãos que consomem drogas ilícitas no país (2,28%), os que consomem *crack* representam 35%. São adultos jovens, com idade média de 30 anos, a maioria homens (79%), com baixa escolarização: 70% cursou até o ensino fundamental. Sessenta por cento são solteiros e em sua imensa maioria, negros. Cerca de 60% possui algum tipo de moradia, o que desfaz a articulação entre uso de *crack* e vida na rua, ainda que 40% dos entrevistados se encontravam nas ruas, quando da realização da pesquisa.

Dois dados relativos à saúde chamam a atenção e são bastante preocupantes: primeiro, o alto índice de prevalência de HIV – cerca de oito vezes maior que na população em geral – e de hepatite C, também superior aos índices encontrados na população em geral. Mais de um terço admitiu não ter usado preservativo, no mês anterior à pesquisa, em suas relações sexuais e mais da metade (53,87%) nunca realizaram teste para HIV. Um grave e importante achado epidemiológico que demanda respostas que protejam a vida e minimizem os riscos decorrentes da alienação, bem como do estigma.

É alta a prevalência de HIV e hepatites entre esses usuários. O compartilhamento do cachimbo, prática comum nas cenas de uso, tem relação direta com esse quadro epidemiológico e reivindica a adoção decidida por uma política orientada pelos princípios da redução de danos que, comprovadamente em todo o mundo, demonstram maior êxito na reversão desse indicador e na melhoria da saúde dos usuários. É sempre bom lembrar uma das máximas que orienta o SUS: a saúde orienta-se pela defesa da vida e deve deixar de fora valores morais e regras de comportamento de modo a conseguir produzir outra relação dos sujeitos com seu corpo, saúde e modos de satisfação.

Mas, e o mais importante, 79% dos usuários afirmam o desejo de se tratar. E, mesmo que inconstante, é o desejo a via que nos autoriza, sempre, a cuidar e o recurso, do sujeito, que potencializa as ações de quem cuida. Pelo desejo nos implicamos, nos fazemos responsáveis, respondendo, portanto, como cidadãos às consequências de nossas escolhas. Essa é a aposta dos Consultórios de Rua: os chamados serviços-pontes que, com sua atuação no território de consumo e circulação dos usuários, permitem a superação da distância entre os que realizam em público o consumo de drogas e a rede de saúde.

Realizada nas cenas públicas de uso de drogas em todas as capitais, no Distrito Federal, em cidades das nove regiões metropolitanas e ainda num conjunto de municípios de pequeno e médio porte selecionados a partir de dois critérios extremos (cidades com maiores índices de homicídios e com os menores), essa pesquisa permitiu conhecer um universo desconhecido, ainda que extremamente exposto.

A região Sudeste, sempre apontada pela mídia como local de maior concentração de usuários de *crack* e palco das *cracolândias*, aparece atrás do Nordeste, do Sul e da região Centro-Oeste do país. Sendo que as duas últimas foram as que apresentaram os mais altos índices de consumo dessa substância no conjunto das drogas.

A imagem veiculada que associou o *crack* a um território próprio não se confirmou onde o consumo se revelou mais alto, o que nos leva a afirmar que a cracolândia não existe! A pátria do *crack* é uma acalentadora mentira produzida pelo discurso moral e bélico para tranquilizar e fazer dormir em paz a sociedade, autorizando-a, quando em vigília, a agir contra os que ali se encontram ou vivem, como um exército em dias de batalha. Na cracolândia, a exceção é permitida, os direitos estão suspensos e a violência é justificada. Os pesquisadores alertam que as cenas de uso são móveis e que o deslocamento é efeito tanto de ações policiais e de intervenções urbanas quanto das decisões do tráfico e dos fenômenos climáticos. A afirmação reiterada sobre sua existência nos convida a escutar os efeitos segregativos que esta engendra e autoriza.

Quanto à existência de uma epidemia de consumo, parece-nos que, se há uma epidemia, certamente não é do consumo da pedra, mas do discurso moral. Cabe lembrar que, por definição, epidemia significa aumento inesperado de uma determinada doença. E mais: ainda que não se restrinja às doenças contagiosas, é preciso esclarecer que o crack não é um vírus, mas um objeto inanimado e não possui a capacidade de propagar-se por si mesmo.

A articulação da redução de danos com Reforma Psiquiátrica será inscrita, inicialmente, por meio de uma portaria ministerial: a portaria 1059/05, que “destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-ad). Importante destacar, contudo, que a assunção do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no campo da Reforma Psiquiátrica, antecede à portaria acima referida. Essa questão já havia se inscrito, de forma clara, no âmbito da rede substitutiva, por meio da proposição de um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

É possível inferir, desse percurso, que a clínica da adição às drogas inscreveu-se, para a Reforma Psiquiátrica, antes de sua orientação. E sua potência advirá, alguns anos adiante, da decisão de instituir no conjunto da rede substitutiva um dispositivo itinerante: os Consultórios de Rua.

A clínica a céu aberto dos Consultórios de Rua aponta uma direção: o laço que favorece a saída articula-se mais facilmente quando deixamos a droga de lado e cuidamos do sujeito, do seu corpo, suas dúvidas, suas questões sobre o sexo e a morte.

Ao sustentar os princípios e à lógica da redução de danos, a saúde descobre e, aos poucos aprende, a medida da satisfação de cada sujeito, passando a oferecer-lhes recursos parciais,

pequenas invenções e artefatos, convidando-os a outro modo de cuidado de si. Deixando a droga à margem, criam-se chances para que o sujeito, distraída, disfarçada ou decididamente, faça perguntas, peça ajuda, aceite o laço com o Outro e se deixe acompanhar. Buscar o laço é a orientação. Tirando partido do intervalo entre uma pedra e a próxima, a acolhida e conversa com a equipe cria a possibilidade para que a novidade encontre lugar. E, sobretudo, aprende-se a fazer pausas e a tirar proveito dos intervalos.

E é na pausa – do sofrimento ou do gozo – que uma entrada se faz possível. Sobre esse hiato, uma pergunta pode vir a se colocar: “Não sei por que não saio dessa vida” ou um pedido. Aliás, a demanda é plural: vai do sorvete ao banho, do curativo ao teste do HIV, da ida ao CERSAM ao cinema; do passeio ao parque até a segunda via da identidade, ou o benefício de um almoço no restaurante popular.

É preciso chegar mais perto para captar o singular de cada história, de cada situação e condição. É preciso, sobretudo, libertá-los do olhar estigmatizante que reduza o abandono, à vulnerabilidade e à dor, à dependência ou doença, fazendo do outro um delinquente, um pecador ou, ainda, mas não menos preconceituoso, um doente.

As ressonâncias dessa prática, contudo, precisam alcançar outras equipes e pontos da rede de atenção para deslocar o eixo do tratamento da meta única para as metas possíveis em cada momento e com cada usuário. Tratamentos singulares, com metas igualmente ímpares, que tornem possíveis, a cada um, descobrir e adotar a sua medida de satisfação e proteção, a qual demanda uma mudança de perspectiva e pede a oferta de subsídios que provoquem a reflexão crítica capaz de ensejar práticas orientadas pela elaboração teórica, bem como por princípios éticos e políticos coerentes com as diretrizes adotadas pelas políticas públicas.

Este projeto encontra sua justificativa na existência dessa importante lacuna: a de um espaço que estimule o debate, a discussão e a reflexão, estimulando e incidindo sobre outra prática clínica, na qual a saúde possa exercer sua responsabilidade sem anular ou punir os que não conseguem atingir, apenas e exclusivamente, a meta da abstinência.

Propomos implantar na Faculdade de Medicina, articulado ao Departamento de Medicina Social, ao Observatório de Saúde do Adolescente e ao Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, um Centro Regional de Referência: o Ateliê Intervalo de Redução de Danos para fomentar a produção de pensamento sobre a clínica contemporânea das toxicomanias, onde disciplinas e conhecimentos do campo sanitário, da psicanálise, da

antropologia, do direito, da história, das artes e da filosofia sejam articuladas, incidam e fomentem a produção de novos modos de cuidar. Objetiva-se, ainda, que tal centro inaugure, por meio da articulação academia, poder público e cidade, um novo dispositivo de cuidado, que torne visíveis os sujeitos, suas dores e soluções, desvelando mitos e medos para fomentar e consolidar uma prática clínica orientada, esclarecida e solidária aos que, entre nós, respondem, com excesso de consumo, ao mal-estar.

Para desenvolver esse projeto, o Centro Regional de Referência contará, além da equipe de coordenação, com professores convidados. Todas as suas atividades serão abertas aos inscritos, a alunos do Mestrado Profissional e militantes dos movimentos sociais, para os quais será destinada uma quota das vagas. Pretende-se ainda que o CRR se constitua como campo de investigação e pesquisa, favorecendo a elaboração de novos projetos de mestrado, bem como pesquisas de avaliação dos processos de formação desenvolvidos.

A produção dos inscritos e dos usuários será reunida em publicação específica, destinada à utilização dos profissionais das políticas públicas de saúde, educação, assistência social, justiça, entre outras. Além dessa proposta, objetivamos a produção de um vídeo com os envolvidos na formação, depoimentos de professores convidados e dos usuários.

O projeto será executado pela Fundação para o Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep), responsável pela gestão dos projetos de pesquisa e extensão.

1.3 Municípios a serem atendidos pelo Centro de Referência Regional

Do conjunto dos municípios que integram a Região Metropolitana de Belo Horizonte, selecionamos 15 cidades, as mais próximas a Belo Horizonte, e agregamos ao conjunto as cidades de Ouro Preto e Mariana, ambas próximas à capital, mas não integrantes da RMBH. Esse critério buscou favorecer o deslocamento dos profissionais e sua participação nas atividades formativas.

Consideramos ainda, nessa seleção, a existência de serviços substitutivos e a necessidade de criação de dispositivos de formação para abordagem aos usuários de drogas nas redes públicas de saúde, assistência social e demais políticas públicas. Esse critério, contudo, não impede, nem exclui a participação de municípios de outras regiões do estado, caso apresentem demanda.

Foram selecionados os seguintes municípios:

QUADRO 1

Municípios	Habitantes
Nova Lima	83.507
Belo Horizonte	2.395.785
Santa Luzia	205.666
Ibirité	162.867
Ribeirão das Neves	303.029
Contagem	613.815
Lagoa Santa	54.732
Brumadinho	35.085
Confins	6.077
Sabará	127.897
São Joaquim de Bicas	26.653
Caeté	41.423
Esmeraldas	62.262
Mário Campos	13.594
Ouro Preto	70.227
Mariana	58.233

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Implantar o Centro Regional de Referência Ateliê Intervalo de Redução de Danos, espaço vinculado ao Observatório de Saúde da Criança e do Adolescente, ao Núcleo de Promoção da Saúde e da Paz, ao Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Social, como local de reflexão, formação e capacitação de profissionais da rede pública de saúde, assistência social, educação, cultura e justiça, entre outros, estimulando a mudança na abordagem aos usuários e seus tratamentos, por meio da introdução da lógica e princípios da redução de danos, das lutas antimanicomial e antiproibicionista, e realizando trocas de experiências com outras universidades públicas brasileiras.

2.2 Específicos

- Capacitar profissionais das redes públicas de saúde, assistência social, educação e justiça, prioritariamente, oferecendo subsídios teóricos que favoreçam a atenção qualificada aos usuários e suas famílias;
- Fomentar a articulação de redes intersetoriais que deem sustentação política à atuação dos dispositivos públicos de atenção a usuários de drogas;
- Qualificar os profissionais das redes públicas de saúde, assistência social, educação e justiça, prioritariamente, para uma atuação, junto aos usuários, orientada pelos princípios da redução de danos, das lutas antimanicomial e antiproibicionista, da saúde pública e da reforma psiquiátrica;
- Fomentar a criação de núcleos de discussão e investigação sobre redução de danos, luta antimanicomial, luta antiproibicionista, etc., que favoreçam a elaboração de projetos de pesquisa e de mestrado, os quais contribuam para o fortalecimento e qualificação técnica e científica dos serviços públicos de assistência em saúde, assistência social, educação e justiça, prioritariamente;
- Organizar publicação com artigos de docentes, convidados e alunos sobre os resultados da experiência, projetos de intervenção e artigos teóricos;
- Realizar seminário de conclusão do trabalho desenvolvido, com participação de

convidados, alunos e docentes do CRR, permitindo a transmissão do conhecimento elaborado, a troca de experiências e o fomento de novas práticas com usuários de drogas na rede pública de atenção;

- Estimular a apresentação de projetos de pesquisa pelos participantes do processo formativo, possibilitando a continuidade e o avanço da formação dos profissionais da rede pública inscritos e participantes do CRR.

3 METODOLOGIA

O Centro Regional de Referência Ateliê Intervalo de Redução de Danos trabalhará, nos diversos processos formativos, com aulas expositivas, contando com a contribuição de professores e pesquisadores de outras universidades, elaboração pelos discentes de textos, projetos que serão orientados pelos docentes da equipe do CRR, exibição de documentários e vídeos seguidos de discussão, disponibilização de artigos, como subsídios à elaboração dos participantes e visitas a serviços para conhecimento da prática.

O plano de trabalho apresentado descreve processos formativos que compõem o projeto global de formação, que será desenvolvido ao longo de 40 (quarenta) semanas, ou seja, não são cursos separados, mas etapas de um único processo, do qual os inscritos participarão na totalidade, sendo exigido destes frequência de 70% para obtenção de certificado de conclusão. Além disso, ao final está prevista a realização de um Seminário Estadual para apresentação de trabalhos selecionados dos participantes do CRR em interlocução com convidados, permitindo, além da apresentação de artigos sobre o percurso formativo, a troca com pesquisadores e o enriquecimento teórico prático de todos os participantes.

Além das aulas expositivas e para possibilitar maior apropriação de conteúdos, os inscritos e participantes dos processos formativos serão divididos em cinco pequenos grupos para discussão de textos, orientação, supervisão clínica e orientação dos trabalhos dos inscritos realizada pela equipe de docentes do CRR. Cada docente, além de ministrar parte das aulas expositivas, coordenará o seminário de leitura de seu grupo, orientará os trabalhos e discutirá casos a serem apresentados. Além disso, toda a equipe docente participará das aulas ministradas por professores convidados, possibilitando a continuidade da formação e o acompanhamento de toda a turma.

Cada docente da equipe do CRR assumirá a condução de um grupo, e a equipe de docência terá momentos específicos de encontro para discussão conjunta e avaliação das questões apresentadas por cada grupo e avaliação do percurso, preparação do material e conteúdo a ser trabalhado nos grupos, bem como a correção dos trabalhos dos alunos, orientação e supervisão clínica de alguns casos. Fato que justifica a carga horária, pois além de ministrar algumas aulas os mesmos assumirão trabalhos de preparação de conteúdo e correção da elaboração dos discentes.

Essa escolha metodológica visa a estabelecer um processo formativo sequencial, composto por um conjunto de atividades articuladas, das quais participarão, do primeiro ao último encontro, todos os alunos inscritos. Almeja-se assim oferecer condições de aprendizagem que possibilitem e fomentem a sistematização dos conteúdos apresentados, a elaboração de artigos e projetos de intervenção e atenção a usuários de drogas a serem desenvolvidos nos municípios pelos participantes, bem como a elaboração e apresentação de projetos de mestrado, fomentando a sistematização de percursos formativos, a qualificação da atenção, a circulação, o acúmulo e a consolidação de conhecimento sobre o tema na academia e, ainda, a avaliação do curso

A carga horária total representa o somatório de cada atividade específica e foi dividida de acordo com a necessidade de cada tema a ser trabalhado.

Na troca com os mestrados do Mestrado Profissional, propomos, além da participação conjunta em aulas abertas com professores convidados, estimular o desenvolvimento de pesquisas e o estabelecimento do CRR como campo de investigação pelos mestrados.

Período: 40 (quarenta) semanas

Infraestrutura: O Centro Regional de Referência Ateliê Intervalo de Redução de Danos utilizará as estruturas físicas do Núcleo de Promoção da Saúde e Paz e do Observatório de Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG.

3.1 Processos formativos

QUADRO 2

Processo formativo 1

Desconstruindo paradigmas: da proibição à responsabilidade e cidadania (oito encontros)		
Tema específico	Modalidade	Carga horária teórica
Drogas e cultura: percursos civilizatórios e controles culturais	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Etnografia das novas cenas de uso	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
O percurso da proibição às drogas	Aula expositiva	08 horas
Total carga horária teórica		40 horas
Tema específico	Modalidade	Carga horária prática
Jornada interna de apresentação de artigos relativos aos temas abordados	Oficina	08 horas
Exibição de filme seguida de discussão	Oficina	04 horas
Visitas técnicas	Visitas aos serviços da RAPS de cada município	08 horas
Total carga horária prática		20 horas
Carga horária total		60 horas
Nº de participantes	150 (todos os alunos inscritos)	
Cronograma de atividades	Público-alvo: profissionais de saúde (mental e da família), da assistência social (CRAS, CREAS), educação e justiça	
Início: 05/10/15 Término: 14/12/15	Local: Faculdade de Medicina da UFMG	
Datas: 05/10, 19/10, 26/10, 09/11, 16/11, 23/11, 30/11 e 14/12		
Horário: das 08h às 18h		

QUADRO 3

Processo formativo 2

Drogas e Segurança Pública: consequências e efeitos da proibição

(oito encontros)

Tema específico	Modalidade	Carga horária teórica
Drogas e segurança pública I: efeitos e custos sociais e econômicos da proibição	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Drogas e segurança pública II: a seletividade penal e seus alvos	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
A droga como questão de justiça	Aula expositiva	08 horas
Total carga horária teórica	40 horas	
Tema específico	Modalidade	Carga horária prática
Jornada interna de apresentação de artigos relativos aos temas abordados	Oficina	08 horas
Exibição de filme seguida de discussão	Oficina	04 horas
Total carga horária prática	20 horas	
Carga horária total	60 horas	
Nº de participantes	150 (todos os alunos inscritos)	
Cronograma de atividades	Público-alvo: profissionais de saúde (mental e da família), da assistência social (CRAS, CREAS), educação e justiça	
Início: 01/02/16 Término: 28/03/16	Local: Faculdade de Medicina da UFMG	
Datas: 01/02, 15/02, 22/2, 29/2, 07/03, 14/03, 21/03 e 28/03		
Horário: das 08 às 18h		

QUADRO 4
Processo formativo 3

A epidemiologia do consumo de drogas e de suas consequências (oito encontros)		
Tema específico	Modalidade	Carga horária teórica
Epidemiologia do consumo: o que essa ferramenta esclarece	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Epidemiologia das mortes violentas e encarceramento: mapas da exclusão social	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Mortalidade, drogas e raça: o racismo na política de drogas	Aula expositiva	08 horas
Total carga horária teórica	40 horas	
Tema específico	Modalidade	Carga horária prática
Jornada interna de apresentação de artigos relativos aos temas abordados	Oficina	08 horas
Exibição de filme seguida de discussão	Oficina	04 horas
Elaboração do perfil da população carcerária local e sua relação com os delitos relativos às drogas e levantamento do número de mortes por causas violentas em cada município	Trabalho individual	08 horas
Total carga horária prática	20 horas	
Carga horária total	60 horas	
Nº de participantes	150 (todos os alunos inscritos)	
Cronograma de atividades	Público-alvo: profissionais de saúde (mental e da família), da assistência social (CRAS, CREAS), educação e justiça	
Início: 04/4/16 Término: 23/5/16	Local: Faculdade de Medicina da UFMG.	
Datas: 04/4, 11/4, 18/4, 25/4, 02/5, 09/5, 16/5 e 23/5		
Horário: das 08h às 18h		

QUADRO 5

Processo formativo 4

Redução de Danos: medida singular da responsabilidade (oito encontros)		
Tema específico	Modalidade	Carga horária teórica
Percurso histórico e princípios da redução de danos	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Uso de drogas e gênero: singularidade, vulnerabilidade e respostas	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
A redução de danos, luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica: a prática da rede	Aula expositiva	08 horas
Total carga horária teórica		40 horas
Tema específico	Modalidade	Carga horária prática
Jornada interna de apresentação de artigos relativos aos temas abordados	Oficina	08 horas
Exibição de filme seguido de discussão	Oficina	04 horas
Visitas e discussão com as equipes dos serviços da RAPS e de atenção básica à saúde de cada município	Visitas técnicas	08 horas
Total carga horária prática		20 horas
Carga horária total		60 horas
Nº de participantes		150 (todos os alunos inscritos)
Cronograma de atividades	Público-alvo: profissionais de saúde (mental e da família), da assistência social (CRAS, CREAS), educação e justiça	
Início: 30/5/16 Término: 18/7/16	Local: Faculdade de Medicina da UFMG	
Datas: 30/5, 06/6, 13/6, 20/6, 27/6, 04/7, 11/7 e 18/7		
Horário: das 08h às 18h		

QUADRO 6

Processo formativo 5

Uma clínica antimanicomial e cidadã para as adições (oito encontros)		
Tema específico	Modalidade	Carga horária teórica
O que a psicanálise esclarece e orienta sobre o novo mal moderno I	Aula expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
O que a psicanálise esclarece e orienta sobre o novo mal II	Aula Expositiva	08 horas
Seminários de leitura de textos	Grupos de estudo	08 horas
Construção do caso: fazer artesanal e singular	Aula expositiva	08 horas
Total carga horária teórica		40 horas
Tema específico	Modalidade	Carga horária prática
Jornada interna de apresentação de artigos relativos aos temas abordados	Oficina	08 horas
Exibição de filme seguida de discussão	Oficina	04 horas
Seleção e elaboração de caso clínico	Trabalho individual	08 horas
Total carga horária prática		20 horas
Carga horária total		60 horas
Nº de participantes		150 (todos os alunos inscritos)
Cronograma de atividades	Público-alvo: profissionais de saúde (mental e da família), da assistência social (CRAS, CREAS), educação e justiça	
Início: 01/8/16 Término: 19/9/16	Local: Faculdade de Medicina da UFMG	
Datas: 01/8, 08/8, 15/8, 22/8, 29/8, 05/9, 12/9 e 19/9		
Horário: das 08h às 18h		
CARGA HORÁRIA TOTAL DOS 5 PROCESSOS FORMATIVOS	300 HORAS	

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADE	INÍCIO	FIM
Apresentação do projeto aos municípios selecionados em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde	Abril/15	Abril/15
Apresentação do projeto aos Conselhos Estadual e municipais de Saúde das cidades participantes	Abril/15	Maior/15
Definição junto à FUNDEP da Gestão dos Recursos	Ago/15	Nov/15
Divulgação e Seleção dos alunos do CRR	Jan/16	Fev/16
Contatos com professores convidados para fechamento de agenda	Jan/16	Fev/16
Seleção e reprodução de subsídios teóricos	Jan/16	Fev/16
Tutoria, supervisão dos alunos e orientação dos trabalhos de conclusão	Mar/16	Mar/17
Avaliação do curso	Abril/17	Abril/17
Prestação de Contas a SENAD	Maior/17	Jun/17