

Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo



**Drogas & Sociedade
Contemporânea:
perspectivas para além
do proibicionismo**

Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista

São Paulo-SP – CEP: 01314-000

Tel.: (11) 3116-8500

Fax: (11) 3105-2772

www.isaude.sp.gov.br

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**Secretário de Estado da Saúde de São Paulo**

David Everson Uip

Instituto de Saúde**Diretora do Instituto de Saúde**

Luiza Sterman Heimann

Vice-diretora do Instituto de Saúde

Sônia I. Venancio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS/SP

Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico

Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo

Bianca de Mattos Santos

Coleção Temas em Saúde Coletiva**Volume 23 – Drogas & Sociedade Contemporânea:****perspectivas para além do proibicionismo.**

ISBN 85-88169-01-0 Coleção Temas em Saúde Coletiva

ISBN 978-85-88169-32-6

Tiragem: 2000 exemplares

Parceria Institucional na Publicação:**Drogas & Sociedade Contemporânea:****perspectivas para além do proibicionismo**

Organização: Regina Figueiredo, Marisa Feffermann, Rubens Adorno

Edição: Márcio Derbli

Imagens da capa: Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)

Fotografia de grafite feito na Avenida Sumaré, São Paulo

Imagens internas: Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)

Fotografia do autor sobre suas ilustrações, instalações e diversos grafites realizados em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Projeto gráfico, editoração e impressão: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica

Camila Garcia Tosetti Peção

Administração

Bianca de Mattos Santos

Conselho Editorial Executivo

Camila Garcia Tosetti Peção

Carlos Tato Cortizo

Katia Cibelle Machado Pirotta

Ligia Rivero Pupo

Luiza Sterman Heimann

Marcio Derbli

Maria Beatriz Miranda de Matias

Monique Cerqueira Borba

Silvia Regina Dias Médici Saldiva

Tereza Setsuko Toma

Este livro não pode ser comercializado e sua distribuição é gratuita.

A versão online está disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva.

Instituições Colaboradoras com a obra:**Biblioteca da Imprensa Oficial do Estado de São Paulo**

Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo / Organizadores Regina Figueiredo; Marisa Feffermann, Rubens Adorno. São Paulo : Instituto de Saúde, 2017.

356p. (Temas em saúde coletiva, 23)

Vários autores.

Bibliografia no final de cada texto.

ISBN 978-85-88169-32-6.

1. Drogas ilícitas 2. Política de saúde 3. Saúde – Legislação 4. Drogas – Redução de danos I. Figueiredo, Regina. II. Feffermann, Marisa. III. Adorno, Rubens. IV. Série.

CDD 363.45

Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo

**Regina Figueiredo
Marisa Feffermann
Rubens Adorno**
Organizadores

**Instituto de Saúde
São Paulo – 2017**

Sumário

Perspectivas para Além do Proibicionismo: Drogas & Sociedade Contemporânea

Organização: Regina Figueiredo, Marisa Feffermann, Rubens Adorno

Organizadores e Autores

Introdução: Drogas e Saúde Pública: uma relação política e complexa

Marisa Feffermann, Regina Figueiredo, Rubens Adorno 11

Parte I: Drogas: História, Sociedade Contemporânea e o Paradigma Proibicionista

- 1. O Uso das Drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo**
Henrique Carneiro..... 23
- 2. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral**
Thiago Rodrigues 33
- 3. Sobre Drogas, Rua e Autonomia: entre razões repressivas e razões sanitárias**
Rubens de Camargo Ferreira Adorno 57
- 4. A ONU e o Sistema Internacional de Proibição das Drogas**
Paulo Pereira 85
- 5. Drogas, Opressão Social e Racismo**
Dênis Oliveira 107
- 6. Maconha e o Proibicionismo**
Edward MacRae 119
- 7. Políticas de Drogas e Intersecções de Gênero, Raça e Sexualidade**
Ilana Mountian..... 129

Parte II: Drogas, Violência Física, Social e as Políticas de Segurança Pública

- 8. O jovem/adolescente “trabalhador” do tráfico de drogas**
Marisa Feffermann 155
- 9. Modelos de Controle de Drogas: mapeando as estratégias de política de drogas em busca de alternativas ao modelo repressivo**
Luciana Boiteux..... 183
- 10. Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil**
Cristiano Ávila Maronna..... 203

Parte III: Políticas Públicas e Drogas: para Além do Proibicionismo

- 11. Políticas públicas sobre drogas no Brasil: aspectos históricos e contextuais**
Eroy Silva 239
- 12. Pequena trajetória das práticas de redução de danos e suas possibilidades no Brasil**
Bruno Ramos Gomes 263
- 13. Drogas e tratamento: panorama crítico**
Diva Reale, Fábio Carezzato..... 279
- 14. Discursos Preventivos e propostas visando à prevenção ao abuso e à dependência de drogas**
Celi Cavallari..... 305
- 15. Discursos e Estratégias de Prevenção às Drogas na Educação**
Regina Figueiredo..... 323
- O Ilustrador**
Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)..... 353

Organizadores e Autores da Obra



Organizadores

Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do GEDS - Grupo de Estudos Drogas e Sociedade.

Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é Socióloga, Mestre em Antropologia Social e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e membro do GEDS - Grupo de Estudos Drogas e Sociedade.

Rubens Adorno (radorno@usp.br) é Sociólogo com Especialização, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Professor e membro do Membro do Laboratório Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas Sociais em Saúde Pública da Faculdade de Saúde

Pública da Universidade de São Paulo e membro do GEDS – Grupo de Estudos Drogas e Sociedade.

Autores

Henrique Carneiro (henricarneiro@uol.com.br) é Historiador, Mestre e Doutor em História Social pela Universidade de São Paulo e Professor e da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo e membro do NEIP – Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Psicoativos da Universidade de São Paulo.

Thiago Rodrigues (trodrigues@id.uff.br) é Graduado e Mestre em Relações Internacionais pela PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP e Professor no INEST – Instituto de Estudos Estratégicos da Universidade Federal Fluminense e pesquisador no Núcleo de Nu-Sol Sociabilidade Libertária da PUC-SP.

Paulo José dos Reis Pereira (pjrperreira@pucsp.br) é Cientista Social, Mestre em Relações Internacionais, Doutor em Ciência Política pela UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas e Professor e Coordenador do Curso de Relações Internacionais da PUC-SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e do Programa San Tiago Dantas de Pós-graduação em Relações Internacionais da UNESP, UNICAMP e da PUC-SP.

Dennis de Oliveira (dennisol@usp.br) é jornalista, Mestre e Doutor em Ciência da Comunicação pela Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo e Coordenador do CELACC – Centro de Estudos Latino Americanos de Cultura e Comunicação, Vice-líder do Alterjor – Grupo de Pesquisa de Jornalismo Alternativo e Popular e Membro do NEINB – Núcleo de Estudos Interdisciplinares do Negro Brasileiro e Professor do da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo da Universidade de São Paulo. É professor do /USP e da Pós-Graduação em Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo.

Edward MacRae (macrae@uol.com.br) é Psicólogo Social, Mestre Sociologia da América Latina em e Doutor em Antropologia pela Universidade de São Paulo e Professor Associado do Departamento de Antropo-

logia e Etnologia e membro do CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da UFBA – Universidade Federal da Bahia.

Ilna Mountian (imountian@hotmail.com) é Psicóloga com Especialização em Psicologia Clínica, Mestre em Psicologia e Saúde Pública, Doutora e Pós-Doutora em Psicologia pela Manchester Metropolitan University e Pesquisadora do *Research Institute for Health and Social Change* da *Manchester Metropolitan University*.

Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues (lucianaboiteux@direito.ufrj.br) é Graduada e Mestre em Direito Penal pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Doutora em Direito Penal pela Universidade de São Paulo, Professora Associada de Direito Penal e Criminologia e Coordenadora do Grupo de Pesquisas em Política de Drogas e Direitos Humanos da Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cristiano Ávila Maronna (cristiano@pbpd.org.br) é Advogado, Mestre e Doutor em Direito Penal pela Universidade de São Paulo, Presidente do IBCCRIM – Instituto Brasileiro de Ciências Criminais e Secretário-executivo da Plataforma Brasileira de Política de Drogas.

Eroy Silva (eroyntc@gmail.com) é Psicóloga, psicoterapeuta familiar e comunitária, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Pesquisadora da UDED – Unidade de Dependência de Drogas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo e Coordenadora do curso “Saúde e Atenção aos Usuários de Drogas Psicoativas” da SAMPA – Rede Saúde Paulistana da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Diva Reale (dreale@uol.com.br) é psiquiatra e psicanalista, Mestre em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ex-estagiária do Hospital Marmmotan de Paris, e Coordenadora de Cursos de Psicoterapia da Residência de Psiquiatria em Rede da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo, desde 2014-2016 e dos Seminários Clínicos “A clínica em tempos de fim de Guerra às Drogas” do Instituto Sedes Sapientiae.

Fábio Carezzato (carezzatofabio@gmail.com) é Psiquiatra do 3º ano Residência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e membro do PRO-MUD – Programa de Apoio à Mulher Dependente Química.

Bruno Ramos Gomes (brunorgomes@gmail.com) é Psicólogo, com Mestrado Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Coordenador de Ensino e Pesquisa do Centro de Convivência É de Lei, onde atua como Psicólogo Clínico e Acompanhante Terapêutico.

Celi Cavallari (celicavallari@outlook.com) é Psicóloga com Especialização em Psicanálise, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Conselheira da REDUC - Rede Nacional de Redução de Danos e Direitos Humanos, Membro da ABRAMD - Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas e sócia da Delfos Prevenção em Saúde Mental Ltda.



Introdução – Drogas e Saúde Pública: uma relação política e complexa

Marisa Feffermann
Regina Figueiredo
Rubens Adorno

A discussão sobre o tema de álcool e outras drogas na sociedade contemporânea, perpassa, em geral, por um discurso moralista, criminalista e punitivista, o que impede uma reflexão crítica e produz um efeito nefasto para o indivíduo e para a sociedade. Nesse entendimento simplista, a droga é encarada como a “metáfora do mal”, situação em que o próprio termo “droga” adquire um significado negativo, reforçado em contextos que não são questionados. Essa metáfora é particularmente apropriada para a construção de reações sociais que carecem de qualquer reflexividade, inclusive na área de saúde.

A complexidade da discussão sobre drogas, na realidade, exige uma visão multidisciplinar, no intuito de buscar desconstruir estigmas e preconceitos reforçados e justificados por questões econômicas, políticas, religiosas e por modos de vida.

Especificamente, em relação ao uso problemático do álcool e outras drogas, a criminalização, os interesses econômicos, reforçados pelas mídias, produzem um efeito nefasto que têm como consequência o encarceramento em massa, a criminalização de territórios empobrecidos e de seus moradores e um alto índice de homicídios. As drogas servem também para manter a criminalização da pobreza e dos pobres, particularmente uma sociedade em uma sociedade que não conseguiu superar a tradição escravagista, autoritária e racista, como a sociedade brasileira.

Nos aspectos relacionados à saúde, em geral, o uso dessas substâncias é associado às terapias da exclusão - também chamadas hoje de “higienistas” -, que reforçam a visão tradicional de uso de estratégias “medievais” de confinamento, na medida em que creem nas internações “compulsórias”, que reforçam conflitos nas relações familiares e a discriminação dos sujeitos usuários. Isso produz a estigmatização, por utilizar-se da noção restrita, reduzida e reducionista de “dependência química”, que é incapaz de expressar as relações e as dinâmicas de comportamentos e hábitos de repetição que se relacionam com toda a complexidade e singularidade dos sujeitos envolvidos nas situações de uso de drogas. Esses usos nada mais fazem do que expressar a prática de “consumo”, que no mundo contemporâneo se apresenta como a forma central de subjetivação das pessoas.

Desta forma, o problema das drogas e saúde vem sendo restrito e traduzido em narrativas sobre números e cálculos, que pouco estabelecem relações com os contextos e os modos de uso. As inferências estatísticas, que deveriam ser um ponto de partida para provocar questões e investigações, acabam sendo a própria “verdade”, contribuindo para a manutenção da visão restrita e simplistas que pautam essas intervenções de caráter restritivamente técnico:

- mais de 10% da população brasileira é usuária de cigarro, são cerca de 22 milhões de fumantes, que promovem (3,8), cerca de 28.000 casos de câncer de pulmão e mais 24.000 mortes anuais por esse motivo (5);
- mais de 9 milhões de usuários regulares de bebidas alcólicas, 12,3% deles dependentes, mais de 6 milhões de aciden-

tes de trânsito ligados a esse consumo (8), e mais de 16.000 internações hospitalares ligadas a esse consumo (11);

- 14,4% da população do país usaria de alguma droga ilícita, mais de 11 milhões de pessoas, com, cerca de, 2,1% desses em situação de dependência (4), 381.000 usuários de crack, ocorrendo internações hospitalares devido ao uso abusivo dessas substâncias e mais de 400 casos de morte por intoxicação ou overdose por essas substâncias (11);

- que também provocaram mais de 10 milhões de situações de envolvimento em agressões e ferimentos em alguém, devido ao consumo de álcool e de outras drogas (3).

Tal perspectiva presente no discurso social majoritário e também científico é alimentada por publicações da mídia aberta, atomizando o problema como questão individual, num modelo biomédico que não discute questões sociais e nem a autonomia dos sujeitos. Assim, perde-se a perspectiva ampla dos efeitos e consequências gerais sociais indissociáveis à questão das drogas. Também não aborda o seu principal componente gerador de agravos à saúde: **a violência**, base para a manutenção de uma política de “guerra às drogas”, que fomenta o uso de armas e, no caso específico da sociedade brasileira, reforça sua tradição escravocrata e excludente, onde o Estado não se destituiu de sua característica “pós-colonialista” e continua a reproduzir ações autoritárias para com seus cidadãos.

Esse passado tradicional reforça uma biopolítica contemporânea que tem como alvo os jovens pobres, periféricos e marcados corporalmente pela cor, pelo estigma, pela identidade de origem territorial, que são associados (pela estreiteza epistemológica) à violência numa conclusão rasa de causa e efeito. Tal política criminalista é administrada e pactuada na nação, como um todo, mas também nos milhares de municípios do Brasil, e está evidenciada nos indicadores demográficos e de morbimortalidade desigual, demonstrando a forma desigual que determinados grupos da população são atingidos:

- no Brasil, há 33,76 homicídios por 100 mil habitantes (4);

- 79,4% desses homicídios são rapazes de 15 a 29 anos negros

(pretos e pardos) (4), que geralmente vivem em situação de periferias urbanas, 53,4 por cada 100.000 habitantes (16);

- de 1980 a 2011 as mortes violentas por homicídio aumentaram 326,1% (16);

- estima-se que 22.500 pessoas, principalmente jovens de 15 a 29 anos, sejam vítimas de homicídio por questões associadas às drogas (1);

- depois que foi atribuída à Polícia definir o enquadramento em “uso” ou “porte” de drogas (Lei nº 11.342 de 2006), houve aumento de mais de 300% da população carcerária no Brasil (5);

- 67% desses encarcerados são negros (pretos e pardos) e apenas 31% são brancos (5);

- no Brasil não se presta atenção ao prejuízo familiar causado por tal violência de Estado sobre essas populações marginalizadas (sabe-se, por exemplo, que nos Estados Unidos 1/4 das famílias negras já possuem entes encarcerados) (5);

Toda essa violência física, comportamental, de confinamento racial que causa sofrimento psíquico, familiar e social, infringe os princípios amplos definidos pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS) do que é **saúde**:

“...um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (17).

Considerando os parâmetros da OMS a respeito dos índices de mortalidade por homicídio, os índices brasileiros ultrapassam em mais de duas vezes o diagrama de controle que estabelece a noção de “epidemia” (definido em 10 mortes por 100.000 habitantes), alcançando 25,81 mortes por 100.000 habitantes no país em 2013 (14).

As atividades consideradas ilegais, como o tráfico de drogas, estão entre os empreendimentos mais rentáveis na ordem do sistema capitalista financeiro internacional. A manutenção de sua ilegalidade e seu combate – o modelo da “guerra às drogas” – possibilita um exponencial crescimento dos lucros e da “lavagem” do capital especulativo, notando

também o comércio ilegal de armas, além de estimular e banalizar o porte e uso de armas nos contextos e circuitos nos quais opera.

O Estado brasileiro, assim, como o de vários outros países que constroem suas políticas locais a partir do modelo norte-americano difundido nos últimos 35 anos de guerra às drogas, tem promovido uma situação de insegurança, punição e arbitrariedade que afeta a saúde de sua população. De forma direta atinge os grupos discriminados e criminalizados e indiretamente atinge toda a sociedade ao promover ações de extermínio e a justificativa de uso das armas em um contexto civil, estilo de governança que vem sendo chamado de “Estado Penal” (15).

O Estado Penal vem sendo construído num ataque deliberado ao modelo do Estado de Bem-Estar Social e de promoção de políticas públicas de cidadania. Esse modelo implementa estratégias neoliberais que destituem a proteção às relações de trabalho e promove ações de exclusão social, confinamento, medo, insegurança, racismo e negação de políticas da diversidade. Na área de drogas, este modelo promove a guerra às drogas, pactuações entre Estado e atividades legais, ilegais e ilícitas que garante um mercado sem regulação e que distribui dividendos a atores do próprio Estado e a grupos privados que permanecem invisíveis, sustentando essas atividades.

Por isso, verificamos o pouco investimento nas políticas de proteção social, defasadas em relação às políticas de encarceramento e extermínio: a quantidade de Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e de Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ainda é ínfima para a necessidade, demonstrando que a rede Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ainda está em construção no Brasil e precisa de amplo investimento de recursos para amparar indivíduos e famílias que estão em situação de risco pessoal e social.

Quantidade de Equipamentos da Rede SUAS, Brasil, 2015 (11).

Localidade	Nº de CRAS	Nº de CREAS
Brasil	8.155	2.435
Norte	617	222
Nordeste	2.615	930
Sudeste	2.805	692
Sul	1.500	363
Centro-Oeste	618	228

Isso resulta em uma proporção de 7.685 famílias por CRAS, se considerarmos a população brasileira de cerca de 206.820.000 pessoas (7). Ou seja, muito aquém do idealizado para ser implementado no país com proporção de no máximo de 5.000 famílias (média de 16.500 pessoas) por equipamento (12), conforme a média brasileira de 3,3 pessoas por família (6).

O mesmo ocorre com a situação de atenção e cuidado os usos problemáticos de drogas, orientada pela Política Nacional de Saúde Mental (2), pautada pela Luta Antimanicomial e incluída na proposta da reforma sanitária brasileira pós-democratização, com relação à formação e dotação de equipes de profissionais. Comparada à necessidade da população, a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), incluindo os CAPs Álcool e Drogas (CAPSad), totaliza 2.784 centros para 1.832 municípios, sendo que nos demais 3.733 municípios a implementação dessa política caberia às unidades básicas de saúde.

Quantidade de CAPs. Brasil, out/2016 (10).

Região	nº
Brasil	2.784
Norte	179
Nordeste	966
Sudeste	1.020
Sul	453
Centro-Oeste	166

No entanto, a realidade demonstra pouca preparação da Atenção Básica para esta tarefa e a redução de investimentos dessa rede específica de Saúde Mental, uma vez que passou a dividir recursos com dispositivos de atenção que, longe das discussões técnicas e profissionais, atendem a lógicas religiosas e repressivas implementadas por sujeitos sem qualquer formação técnica e de noção de Direitos Humanos, designados para atender à demanda dos chamados “dependentes químicos” - termo, como já apontamos, anacrônico e restritivo para a abordagem da complexidade dos usos de drogas considerados problemáticos (13). Assim, essas instituições apenas promovem a proposta do confinamento/internação, prática já largamente evidenciada como falida como atenção em saúde e inoperante no campo da Saúde Pública (2).

Assim, as iniciativas predominantes no modelo com relação às drogas são pautadas na repressão policial e na atenção em saúde num modelo incompleto, incluindo, além disso, discursos e atividades educativas que são, em grande parte, oriundas também dos órgãos de Segurança Pública, adotando seus mesmos discursos belicistas e a estratégias de indução para promover a cultura da segregação aos “drogados” que são separados dos considerados “sãos” que adotam a abstinência. Embora ineficazes e sem fundamento técnico-científico, Programas como o Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), da Polícia Militar, aplicam de ¼ a 2 milhões de reais (4) por estado brasileiro que atua, desperdiçando uma soma de recursos públicos que poderiam estar sendo empregados na seguridade social e efetivas pedagogias de prevenção em saúde e redução de danos.

Nesse contexto, desde os anos 1980, profissionais ligados à luta contra a aids iniciaram uma jornada crescente pela abordagem não punitiva do tema drogas e a população nele inserida, relevando a importância da criação de uma abordagem diferenciada que discuta a estruturação do modelo vigente e a defesa dos direitos dessas pessoas. Mobilizaram-se em considerar o respeito ao direito ao uso dessas substâncias pelos indivíduos e a promover a subordinação das políticas públicas aos Direitos Humanos.

A esses esforços, cientistas sociais, antropólogos, historiadores, psicólogos juristas, advogados, economistas, assistentes sociais, educadores, en-

tre outros, somaram estudos e experiências, compondo um painel plural e crítico sobre o uso, as relações sociais, à venda e às políticas relativas às drogas. Tais iniciativas são expressas à sociedade brasileira nesta publicação.

Referências

1. BOREKI, V. Mortes por drogas crescem 60% no Brasil em 14 anos. **Gazeta do Povo**. Curitiba: 15/12/2011. (on line). Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/mortes-por-drogas-crescem-60-no-brasil-em-14-anos-apwokavoe6bungn-jr1h4rtmq6>>.
2. BRASIL. **Lei nº 10.216**. Política Nacional da Saúde Mental. Brasília, 6 de abril de 2001.
3. CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: UNIFESP, 2005. Disponível em:< <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>>.
4. ENGEL, C.L.; PARESCI, A.C.C.; DANTAS, A.G.L.; LIMA, D.P.; ROMÃO, D.M.M.; SANTOS, H.F. et al. **Diagnóstico dos homicídios no Brasil : subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2015. 271p.
5. INSTITUTE FOR POLYCY RESEARCH. Studies. World Prison Brief Data - Brazil. **InfoPen de 2014**. London, 2014. (on line). Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Famílias e domicílios. Vamos conhecer o Brasil. **O nosso povo**. (on line). Disponível em:<<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/familias-e-domicilios.html>>.
7. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. (on line). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Especial de Tabagismo**. Brasília: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoe-rendimento/pnad2008/suplementos/tabagismo/>>.
9. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Pulmão. [Plataforma on line]**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/definicao>>.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES - Estabelecimentos. Rede Assistencial. **Tabnet**. Informações de Saúde. DATASUS. (on line). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/rede-assistencial>>.
11. MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Dados Indicadores**. DATA SUAS. (on line). Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi-data/METRO/metro.php?p_id=4>.
12. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política nacional de assistência social**. Brasília, 2014.
13. SABINO, N.D.M.; CAZENAVE, S.O.S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. Psicol.** Campinas. 2005. vol.22 n.2 Campinas Apr./June 2005
14. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Global study on homicide 2013. Rends, contexts, data. Vienna, 2013.
15. WACQUANT, L. **As prisões da miséria**. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
16. WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2013** - homicídios e juventude. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2013.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. Genebra, 1946.

Parte I

Drogas: História, Sociedade Contemporânea e o Paradigma Proibicionista





O Uso das Drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo

Henrique Carneiro

Resumo:

As drogas compõem elementos do mundo apropriados pela humanidade. Fazem parte da experiência sensorial e simbólica iniciada com as plantas, que envolveu processos de domesticação, cultivo, uso, além dos códigos culturais envolvidos nessas atividades. Presentes atemporal e universalmente, motivam rotas de tráfico, recebendo enfoques ideológicos que moldam e determinam a institucionalização e normatização dos diferentes produtos, prescritos ou proscritos. A grande novidade foi que, a partir do século XX, passaram a ser alvo de arcabouços jurídico-diplomáticos internacionais de regulação, que atingiram com proibição três das mais importantes plantas psicoativas e seus derivados: a papoula, a coca e a ma-

conha. A partir daí, uma guerra permanente militarizou múltiplas formas de controle social, visando a limitação dos direitos fundamentais de autodeterminação dos seres humanos.

Introdução

Na produção material de sua existência, a humanidade está condicionada a certas atividades inexoráveis. O ser humano respira, antes de tudo. Depois ele bebe água e se nutre.

Respirar, beber, comer. Estas condições naturais de existência entre os humanos são organizadas culturalmente. Até a respiração terá a sua cultura com as práticas yogues ou outras técnicas respiratórias ou de suspensão da respiração, como no mergulho submarino em apneia.

Essas condições físicas de existência são primárias, pois além de indispensáveis à vida, elas são aquelas atividades que absorvem a materialidade substancial do universo extracorpóreo para introduzi-la no interior do corpo. São as ingestões, portanto, as portas das permutas homeostáticas, que permitem a subsistência e que, por incorporações e consubstanciações, transformam o mundo em carne humana.

O sexo é um segundo nível de condição natural que é culturalmente organizado na vida humana. Embora a sua compulsão não seja do tipo primário, ou seja, como condição indispensável à sobrevivência, nem por isso é menos determinante.

Dos impulsos vitais que nos movem, Ronald Siegel (10) classificou quatro motivações básicas: sede, fome, desejo sexual e desejo por drogas. Estes seriam os mais primários dos impulsos ou motivações (*drives*).

Entre os minerais, animais e vegetais, foi nas plantas que a humanidade encontrou a maior diversidade de gêneros naturais para o seu uso. As principais utilizações das plantas podem ser divididas entre as que são alimentos e as que não são, mas fornecem fibras ou outros materiais para vestuário, moradia, transporte, arte, etc.

A conquista da produção das alterações sensoriais

As plantas alimentícias nutrem o corpo e a conquista cultural da sua domesticação e do seu cultivo, que produziu a primeira revolução produtiva que marca a fundação da agricultura no período neolítico.

As que não são apenas alimentares afetam os sentidos, gosto, aroma e cor; afetam o pensamento, o humor, o ânimo, o apetite sexual, o sono e a vigília; são estimulantes, narcóticas, alucinógenas, afrodisíacas, tonificantes.

Temperos, remédios, especiarias, perfumes, euforizantes, inebriantes, tônicos, sedantes, da pimenta ao ópio, do sândalo ao café, do cogumelo ao cravo, do tabaco ao cânhamo, do açafraão aos sucos fermentados do mel, das uvas ou dos cereais. Tais são as drogas na época moderna, quando as navegações e a primeira globalização completaram o intercâmbio dos produtos do mundo. Por meio delas, surgiram as grandes rotas de tráfico, como a das especiarias, se expandiram impérios da pimenta, monoculturas de cana-de-açúcar e de café, escambo de escravos por tabaco e aguardente, guerras do ópio.

As drogas excitam os sentidos humanos, ampliam a sua gama de sensações, refinam prazeres, amenizam dores, intensificam as culturas de cuidados de si e se tornam desde o Renascimento, no século XV, um dos principais produtos do comércio internacional. Os sentidos adquirem, assim, as suas técnicas corporais, as suas artes de curar e os seus instrumentos de se aperfeiçoar.

Os sentidos tem uma história. Não vimos sempre as mesmas cores, não sentimos os mesmos aromas. A história da cor é, entre outras, a história da púrpura, glândula de molusco do Mediterrâneo, do anil, planta oriental que permitiu o acesso à cor do céu, tornando-a dignificada, depois de ter sido a mais desprezada das cores na Antiguidade (8).

Se os sentidos humanos tem uma história, essa é também a das plantas que o educam:

“A formação dos cinco sentidos é um trabalho de toda a história universal até nossos dias. O sentido que é prisioneiro da grosseira necessidade prática tem apenas um sentido limitado. Para o homem que morre de fome não existe a forma

humana de comida, esta poderia apresentar-se na sua forma mais grosseira, e seria impossível dizer então que se distingue esta atividade para alimentar-se da atividade animal para alimentar-se” (8).

As relações com a realidade são mediadas pelos sentidos. Três tipos de atividades envolvem um intercâmbio metabólico dos organismos com a exterioridade: nas ingestões de alimentos, bebidas ou drogas e no intercurso sexual. Essas três atividades têm em comum o fato de que estabelecem trocas do corpo com o meio circundante ou com outros corpos e são as fontes dos mais fortes desejos.

A grande diferença entre o sexo e o alimento, para Sigmund Freud (6), é que o alimento é uma relação entre o organismo e o meio onde o primeiro perde constantemente energia até que a recarrega subitamente ao alimentar-se. O sexo, por sua vez, é uma acumulação constante de energia tensional, de excitação ou estímulo, até que o organismo descarrega de súbito essa energia acumulada por meio do coito (ou da masturbação). Por isso, o sexo organizaria a vida libidinal psíquica, pois só ele pode fornecer a matéria psíquica energética que poderá ser represada e utilizada no impulsionamento de toda a vida social, em todas as suas formas de sublimação ou de recalque culturalmente úteis.

A diferença do alimento em relação à droga é que, do ponto de vista energético, a droga tanto pode acumular como descarregar energia, dependendo do tipo de substância e de ritual de uso, mas, também, por que, como dizia Galeno, “O alimento é vencido pelo corpo, o fármaco vence o corpo.” (5). Portanto, o alimento é uma energia cuja absorção desfaz a interferência psíquica do alimento sobre o indivíduo, enquanto a ingestão da droga apenas dá início à interferência psíquica desta em quem a ingere.

Esta troca com o meio, além de material é simbólica. Pois, nem o sexo é visto em nenhuma cultura como mero intercâmbio de secreções visando propagar o plasma germinativo da espécie, nem a alimentação é encarada como pura recarga energética e tampouco as drogas possuem uma existência cultural onde sua prática se reduza à noção de uma absorção corpórea de matéria não nutriente e apenas sensorialmente estimu-

lante. Como escreveu o antropólogo Lévi-Strauss, “as razões da escolha, por diversas sociedades, de utilizar ou rejeitar certos produtos naturais e, quando os empregam, as modalidades de uso que lhes dão dependem não apenas de suas propriedades intrínsecas, mas também do valor simbólico que lhes é atribuído” (7).

As drogas na História

Uma história das drogas não pode contentar-se em descrever as condições materiais que permitem o uso, o comércio e a disseminação de tais ou quais substâncias, mas deve também investigar as formas simbólicas, imaginárias e ideológicas que moldam e determinam os regimes de institucionalização e de normatização de cada produto, prescrito ou proscrito. Não só porque na tradição grega e latina Deméter e Perséfone ou Dioniso representam plantas e seus ciclos, mas porque a mitologia das plantas é, em geral, das mais primordiais em todo o planeta. Se todo mito se repete como rito, o rito encena o mito da repetição.

No caso das plantas, é a repetição do ciclo vital, a palingenesia, a reconstrução da vida e do cosmos. Esse saber farmacológico que é o conhecimento da árvore da vida e da ciência do bem e do mal persegue, ao longo de toda a história da cultura, o nexo entre as ciências da natureza e das ciências humanas, através da ciência da vida (3).

A história das drogas, como a dos alimentos, refere-se, assim, a um âmbito material, dos próprios produtos em sua produção e distribuição, mas isso significa concretamente a história das regulações desses processos produtivos e das formas do seu consumo.

As regulações simbólicas estão inscritas nas proibições mitológicas, nos tabus e nas devoções ritualizadas a certos produtos. A proibição do consumo das árvores do paraíso é uma estrutura mitológica que remete a classificação da natureza em bens permitidos e outros interditos. O vinho como bebida sagrada no judaísmo e incorporadora depois da própria divindade como sangue de Cristo consubstanciado é uma das drogas de devoção mais tradicionais no mundo mediterrânico e na projeção global da cristianização (2).

As proibições ocorreram também em outras culturas, que regulamentaram os acessos às substâncias conforme as regras as mais diversificadas, estabelecendo restrições em base a gênero, idade, condição social, momento do ano ou do dia, local de uso permitido e outros critérios.

A grande novidade do século XX foi a adoção de um arcabouço jurídico-diplomático internacional sob a égide da Liga das Nações e depois das Nações Unidas visando não apenas a regulação, com critérios comerciais e fiscais, mas a proibição internacional dos usos não médicos de três das mais importantes plantas psicoativas da humanidade e seus derivados: a papoula, a coca e a maconha (4).

A política de drogas vem sendo, desde então, um dispositivo central nas relações internacionais, por meio de uma guerra permanente que militarizou múltiplas formas de controle social e está dedicada à limitação dos direitos fundamentais sobre a autodeterminação.

A distinção das três grandes drogas lícitas (tabaco, álcool e café) e das três ilícitas (maconha, coca e papoula), de um conjunto enorme de produtos farmacêuticos, levou à criação de um circuito triplo de circulação destas substâncias, parte de um processo que, ao longo do século XX, criou o monopólio médico-farmacêutico sobre certos fármacos, deixou outros disponíveis para adultos e proibiu um terceiro tipo para todos. Esta normatização internacional política, médica, jurídica, policial e moral denominada de *proibicionismo* tem raízes complexas, ligadas à projeção geopolítica estadunidense, ao puritanismo religioso, ao industrialismo fordista, ao racismo xenofóbico e ao próprio corporativismo do aparelho judicial e policial. Seu resultado foi, desde a sua proclamação explícita por Nixon, em 1971, a chamada “guerra às drogas” (1).

Surge o proibicionismo

Proibir é criminalizar, criar um dispositivo repressivo e prender, julgar e encarcerar pessoas que praticam uma conduta voluntária, considera por muitas como uma forma de medicação, um lazer ou um relaxamento, que fazem parte de suas formas de viver.

O arcabouço jurídico do proibicionismo se constituiu desde a conferência de Xangai, em 1909, passando pela Convenção de Haia, de 1912, reafirmado em 1919, com parte do Tratado de Versalhes. Em 1961, a Convenção Única, depois em 1971, sua readaptação, e finalmente, em 1988, em sua forma hoje vigente, se exige a erradicação dos cultivos das três grandes plantas ilícitas e a proibição de uma enorme e sempre crescente lista de substâncias sintéticas (4).

O mais singular do proibicionismo do século XX é o grau de consenso que ele goza entre os estados mais rivais. China e Estados Unidos, Arábia Saudita e Irã, Rússia e Suécia, Cuba e Vietnã, partilham todos do paradigma repressivo e belicoso da guerra às drogas. Também os dois lados da Guerra Fria foram parceiros numa guerra comum travada por eles contra os povos, a liberdade, a saúde pública, as minorias étnicas, as mulheres, a juventude e os negros.

Ainda hoje, os governos “comunistas” da China, de Cuba, do Vietnã, se alinham com os países islâmicos e os Estados Unidos como os falcões da guerra às drogas, evitando praticamente qualquer mudança nas reuniões periódicas internacionais, como a recém-realizada *Special Session of the General Assembly* (UNGASS), neste ano de 2016, em Nova Iorque.

O atual governo das Filipinas, de Rodrigo Duterte, no poder desde julho de 2016, se lançou numa campanha de extermínio dos usuários de drogas e dos traficantes, que soma já alguns milhares de mortos. A pena capital por crimes ligados a drogas existe em ao menos 33 países e as execuções são comuns especialmente na China, na Arábia Saudita e no Irã!

Vemos, dessa forma, um movimento de controle social que criou um mercado paralelo de alta lucratividade, associado ao tráfico de armas e servindo de “caixa 2” para quase todas as operações ilícitas, inclusive conflitos militares. Ao mesmo tempo, cresce de forma acelerada o mercado psicofarmacêuticos, assim como o comércio de bebidas. No Brasil, por exemplo, a maior empresa do país é uma fabricante e distribuidora de cervejas.

Considerações Finais

O impulso vital que as substâncias psicoativas satisfazem é de uma natureza tão arraigada na interação humana com a flora, ao longo da evolução, que o projeto de erradicação de algumas destas plantas toma uma dimensão cada vez mais totalitária. As plantas e substâncias sintéticas psicoativas são um repertório das técnicas que a humanidade vem forjando para pode intervir na sua própria subjetividade, no estado de humor, de atenção, de satisfação, de disposição, de relaxamento. São técnicas vitais milenares multiplicadas enormemente pelo desenvolvimento da farmacologia.

O futuro da humanidade será cada vez mais povoado por moléculas psicoativas. A regulação destas moléculas é, antes de tudo, um ensinamento cultural. De aprendizado na moderação, no conhecimento de si, no uso dos prazeres, nos cuidados com o corpo.

A educação no uso das drogas sempre foi, desde a ética clássica, um instrumento fundamental no aprendizado das virtudes e assim continuará sendo. A irracionalidade e a vocação despótica e totalitária da biopolítica proibicionista de certas drogas por meio de uma guerra dispendiosa e mortífera está cada vez mais em questionamento e a sua superação se apresenta como uma das maiores reformas democráticas necessárias ao século XXI.

Referências

1. CARNEIRO H. As drogas à luz do dia: o controle social e o uso político dos psicoativos. **Verve (PUC-SP)**, v.4, p.300-304, 2003.
2. CARNEIRO H. **Bebidas alcoólicas e outras drogas da época moderna.** Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. Historiador Eletrônico; 2004.
3. CARNEIRO, H. **Pequena enciclopédia de história das drogas e bebidas.** 1 ed. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2005. v.1. 200p.
4. CARNEIRO, H. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna.** 1 ed. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010. v.1. 287p.

5. ESCOHOTADO A. **História de las drogas** (v.1). Madrid: Alianza Editorial, 1996.
6. FREUD S. Três ensaios para um teoria da sexualidade. In **Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901 1905)**. Rio de Janeiro: *Imago*, 1972. Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v.7.
7. LÉVI-STRAUSS C. Posfácio aos capítulos III e IV. In **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.
8. MARX K. **Manuscritos econômicos filosóficos**. Tradução Jesus Raniéri. São Paulo: Bom Tempo Editorial, 2004.
9. PASTOREAU M. **Bleu**. Histoire d´une couleur. Paris: Ed. Du Seuil, 2000.
10. SIEGEL R. **Intoxication**. The universal drive for mind-altering substances. Rochester-Vermont: Park Street Press, 2005.

2



Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral

Thiago Rodrigues

Resumo:

O capítulo oferece elementos para adensar a compreensão sobre as origens e bases históricas do proibicionismo. Para tanto, foca-se os fundamentos da campanha política, moral e repressiva da “guerra às drogas,” que completou seu primeiro centenário mostrando-se cada vez mais distante de alcançar suas metas, mas que, apesar disso, atualiza-se com astúcia, na tentativa de manter-se como o padrão universal para controlar e combater a produção e uso de determinadas drogas psicoativas e os grupos e pessoas que lidam com elas.

Introdução: para além do senso comum

Ao comentar a relação entre seres humanos e drogas psicoativas, o sociólogo espanhol Antonio Escohotado (4) sustenta ironicamente que, com exceção dos inuítes (esquimós), todas as sociedades tiveram, ao longo da história, alguma relação com tais substâncias. Aquele povo das regiões árticas ficou de fora por não ter acesso a nenhuma fonte – animal, vegetal ou fúngica – de onde retirar compostos químicos que, em contato com a corrente sanguínea provocam alterações sensíveis no sistema nervoso central.

Essas substâncias, diferente das demais ingeridas pelos homens, provocam estados alterados de consciência que são, ainda segundo Escohotado (5), euforizantes, depressores ou alucinógenos. Conhecidas e usadas por homens e mulheres, com o passar de muitos séculos, as drogas psicoativas, assim como os alimentos, compuseram repertório de alcaloides e substâncias que os seres humanos construíram para si.

A presença de substâncias psicoativas nas práticas sociais humanas tece uma complexa trama, entre a alimentação e a terapêutica, a celebração e o culto, que fazem delas um dos “componentes essenciais da cultura humana, junto da música, da solução de conflitos, da linguagem e do lúdico” (10, p.10). Nas mais variadas culturas, em todos os tempos e paisagens diversas ocupadas pelos humanos, esteve sempre presente o uso de psicoativos. Em cada povo e situação, pautas para o consumo foram construídas socialmente, ora mais permissivas, ora mais restritivas: do uso xamânico do cacto *peyote* entre as populações mesoamericanas ao super-incentivado uso do álcool nas atuais sociedades ocidentais, passando pelo culto ao vinho nas sociedades mediterrâneas antigas, que sobreviveu amortizado na consagração da missa católica, toda sociedade elaborou regras para estabelecer quem, como, qual e quando se poderia usar uma substância psicoativa.

Portanto, não há qualquer novidade no fato de que psicoativos fazem parte da vida das sociedades humanas. No entanto, há algo de novo nessa história milenar. Essa novidade se chama *proibicionismo*, nome pelo qual, contemporaneamente, se designa o conjunto de leis nacionais, alinhavada por tratados internacionais, que proíbem a produção, comér-

cio e consumo de algumas substâncias psicoativas. Tal conjunto de leis, no entanto, não provém de tempos remotos, mas remonta a um processo que conta com pouco mais de um século e que rapidamente se projetou mundialmente, constituindo um dos poucos temas quase consensuais nas conturbadas agendas das políticas internas e internacional.

Não obstante, na passagem do século XX para o século XXI, a hegemonia das políticas proibicionistas começou a apresentar fissuras importantes. Avolumaram-se as críticas à violência gerada pelo mercado ilegal de drogas, o chamado narcotráfico, grupos de usuários passaram a se organizar e a exigir mudanças nas leis repressivas, propriedades terapêuticas de muitos psicoativos foram crescentemente aceitos pela comunidade médica. Na Europa, ainda nos anos 1980, primeiro na Holanda, depois em outros países como o Reino Unido e a Suíça, profissionais da saúde ousaram enfrentar o proibicionismo a partir da constatação de que medidas coercitivas não impediam usuários de buscar sua substância de predileção, principalmente os que haviam adquirido hábito em alguma droga. Porém, a criminalização de algumas drogas e a marginalização de seus consumidores aumentavam a chance de que esses sujeitos contraíssem e transmitissem doenças (como as hepatites) e vírus (como o HIV).

Mudaram, então, de tática, e passaram a distribuir seringas, abrir consultórios em áreas frequentadas por usuários, atendendo-os e a testar gratuitamente as amostras de drogas que traziam consigo. Inauguraram as chamadas políticas de redução de danos e mostraram a todos que a meta final do proibicionismo – eliminar completamente o uso de algumas drogas – era impossível e, com isso, mais danoso do que o próprio uso dessas substâncias.

A formulação da redução de danos não foi necessariamente anti-proibicionista, mas evidenciou que a ilegalidade de certas drogas psicoativas era uma utopia cuja procura deixava no seu rastro mais violência e dor do que os hábitos que procurava erradicar. Práticas como as da redução de danos emergiam em um ambiente tumultuado, marcado ainda pela prevalência da lógica repressiva impressa nas legislações nacionais e em tratados internacionais que aprofundavam o conteúdo repressivo – e militarizado – do combate ao narcotráfico, como atesta a Convenção de

Viena de 1988, que consagrou o modelo estadunidense de “guerra às drogas” como padrão a ser reproduzido em todo o mundo (11).

O proibicionismo tornou-se um sucesso em termos de difusão, influenciando normas nacionais em todo o planeta, ao mesmo tempo em que demonstrava explicitamente a incapacidade de alcançar o que se propunha. “Narcotráfico”, “cartéis”, “narcoguerrilhas”, “guerra de gangues”, “facções criminosas”, dentre outras expressões, passaram a povoar o cotidiano de milhões de pessoas nas Américas, Europa, África e Ásia, num caleidoscópio confuso de notícias, discursos oficiais, retórica moralista e medo. Muitos eram atingidos diretamente pelas disputas entre grupos ilegais ou pelo fogo cruzado destes com as forças repressivas policiais e militares; outros padeciam física e psicologicamente com o uso de drogas adulteradas ou cada vez mais potentes e tóxicas; outros tantos não sentiam diretamente as marcas dessa “guerra”, mas sofriam os efeitos das narrativas proibicionistas que reforçavam estereótipos e nutriam racismo e xenofobia.

Diante de tal quadro, vozes reformistas despontaram, acrescentando mais ruídos a essa algaravia. Começamos a ouvir defesas da “legalização” das drogas ou da sua “descriminalização” e as diferenças entre essas propostas não são claras. Algumas drogas ilegais passaram a ser crescentemente toleradas, como a maconha, deixando até mesmo de serem ilegais no Uruguai e em alguns estados dos Estados Unidos, a partir da atual década. Enquanto isso, outras seguem proibidas e demonizadas, como o *crack*, que concentra boa parte da atual ojeriza e repulsa dos que condenam o uso de drogas psicoativas. Enfim, a chamada “questão das drogas” não é clara, mas atravessadas por leituras parciais, motivadas por desinformação, temor e preconceitos.

O intuito desse capítulo, conectado com o objetivo geral do livro, é oferecer alguns elementos para adensar a compreensão sobre as origens e bases históricas do proibicionismo. Para tanto, focaremos naquilo que são os fundamentos dessa impressionante campanha política, moral e repressiva que completou seu primeiro centenário mostrando-se cada vez mais distante de alcançar suas metas declaradas, mas que, apesar disso, atualiza-se com astúcia, flexibilizando certos aspectos na tentativa de manter-se como o padrão universal para controlar e combater a produ-

ção e uso de determinadas drogas psicoativas e os grupos e pessoas que lidam com elas.

Uma proposta de análise

Avançar na reflexão sobre a história e a composição do proibicionismo demanda certa disposição crítica ou, em outras palavras, um incômodo que permita questionar aquilo que parece óbvio e sedimentado. Para sair do senso comum e aprender novos aspectos dos percursos do proibicionismo, é necessário assumir uma posição de dúvida e interesse pelo o que está tanto na superfície quanto nas dobras dos acontecimentos.

Com isso em mente, propusemos um modelo analítico para compreender a história e os elementos que compõem o proibicionismo (20). Esse modelo articula cinco níveis de análise: 1) nível moral; 2) nível da saúde pública; 3) nível da segurança pública; 4) nível da segurança nacional; e 5) nível da segurança internacional. Cada um desses platôs se combina e retroalimenta os demais sem serem superados uns pelos outros, constituindo o quadro político, sanitário e securitário do proibicionismo.

Nossa hipótese central é a de que, em cada país do globo que aderiu, no decorrer do século XX, às políticas de criminalização de algumas drogas psicoativas, houve o despontar e a articulação dos quatro primeiros níveis de análise, que se comunicam contemporaneamente com o quinto e último nível, representado pelos tratados internacionais e iniciativas de cooperação entre Estados para combater grupos narcotraficantes. Em cada país, as características centrais, as nuances, os modos de emergência, a consolidação e a conexão entre os níveis acontece de modo próprio, seguindo as dinâmicas singulares de cada sociedade e, ao mesmo tempo, com constante intercâmbio e influência com o que acontece em outros países (vizinhos ou distantes) que se engajam na lógica proibicionista.

Essa proposta analítica tem em conta a precaução metodológica indicada pelo filósofo francês Michel Foucault (8), ao considerar que normas, leis, instituições políticas, organizações sociais, narrativas e proposições científicas são produtos de incontáveis disputas entre variadas pers-

pectivas que buscam construir e consolidar *verdades* na forma de texto jurídico, dogmas religiosos, práticas sociais, valores morais ou paradigmas científicos. A produção de saberes, segundo Foucault, é indissociável das relações de poder, e ambos, *saber* e *poder*, se constituem mutuamente, visando a fixação de *verdades*, num processo que o filósofo chamou de “veridicção” (9).

Trazendo tal perspectiva de análise para o nosso campo, temos que o chamado *proibicionismo* não é um fato evidente por si só, mas uma construção histórico-política recente, constituída pela combinação de diferentes forças impulsionadas por motivações morais, políticas, econômicas e científicas, num movimento sincrônico em cada um dos países que foram aderindo aos tratados internacionais celebrados a partir da primeira grande convenção sobre o tema que aconteceu em Haia, Holanda, sob o patrocínio dos Estados Unidos, em 1912 (11).

Ainda acompanhado das noções propostas por Foucault, sustentamos que o proibicionismo faz parte do que o filósofo chamou de “biopolítica das populações”, o conjunto de “práticas políticas e observações econômicas dos problemas da natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração” (7, p.131) que surgiram na Europa nos momentos iniciais da Revolução Industrial, quando os centros urbanos cresceram e a tensão entre a necessidade intensiva de mão de obra e os desafios políticos para controlar a expansão da população atingiram um nível inédito. De um lado, o capitalismo industrial emergente, na passagem do século XVIII para o século XIX, demandava muitos braços para o trabalho. No entanto, esse trabalho era extenuante e sem garantias ou direitos assegurados. Tudo isso, em meio ao despontar de discursos e práticas revolucionárias oriundas da radicalização das bandeiras da Revolução Francesa, tornava o controle das populações um tema crucial.

Naquele contexto, segundo Foucault (7), foram desenvolvidas duas grandes modalidades de políticas, uma voltada para os indivíduos e outra para o conjunto geral das populações. O primeiro conjunto de táticas foi denominado por Foucault de “disciplinas” e visava educar os corpos para o trabalho industrial e nas lides exigidas pela economia moderna, ao mesmo tempo em que procurava diminuir a capacidade de resistência política e insubordinação. Esses objetivos não foram buscados apenas

pela via repressiva – sempre presente – mas, também, pelo adestramento, pela educação moral, pela oferta de serviços públicos e privados que melhoravam materialmente a vida dos mais miseráveis, diminuindo a insatisfação geral (e, com isso, o ímpeto para revoltar-se), enquanto ofereciam um “adicional de vida (*bios*)”, um acréscimo de saúde física para habilitar uma massa de trabalhadores aos rigores do sistema fabril.

A *biopolítica* foi, então, precisamente o nome que Foucault deu ao conjunto de medidas ou políticas que promoveram reformas urbanas e sanitárias, que redesenharam cidades, reformaram o sistema de hospitais e produziram políticas de saúde para as massas populacionais (7-8). Dentre os investimentos da biopolítica incluíram-se novos medicamentos e vacinas, gerando lucratividades para o Estado e para a emergente indústria farmacêutica. Em meio aos novos controles, foi na segunda metade do século XIX que novos códigos sanitários foram elaborados, primeiro na Europa e nos Estados Unidos e, depois, já na passagem para o século XX, em outros países do globo, como os latino-americanos México, Brasil e Argentina. Tais códigos e leis tinham como meta estabelecer regras, padrões, métricas e sistemas de vigilância sobre a composição e a qualidade de alimentos e drogas (psicoativas e não psicoativas).

Fez parte desse processo a regulamentação da medicina, a partir dos cânones científicos estabelecidos a partir do Iluminismo e que oficializou as práticas curativas sob a chancela estatal, banindo e criminalizando todas as formas de tratamento e cura que não se enquadrassem nos moldes da medicina ocidental (22). Dentre as medidas de oficialização da medicina esteve aquilo que Thomas Szasz (24) chamou de constituições do “Estado terapêutico”, ou seja, a produção de uma relação especial e íntima entre o estamento médico e os órgãos de Estado que outorgou o monopólio da ciência curativa aos médicos, em troca de sua disciplinarização e controle pelo Estado. A partir de então, para Szasz, médicos não puderam mais tratar seus pacientes como lhes parecia melhor, mas como a ciência médica indicava e o Estado chancelava. Isso incluiu a prescrição de drogas psicoativas e, mais do que isso, a catalogação e separação entre os psicoativos que poderiam e os que não poderiam ser aceitos.

A partir do tratado sobre o ópio assinado em Haia, em 1912, consolidou-se como regra geral, no plano internacional, o princípio das “finali-

dades médicas” segundo o qual “todo uso não medicinal (de drogas) era (considerado) em si mesmo patológico” (11, p.17). Esse princípio tornou-se a pedra de toque de todo regime internacional de controle de drogas, começado com esse acordo assinado na Holanda e continuado nos tratados assinados no âmbito da Liga das Nações, nos anos 1920 e 1930, e depois, a partir da Convenção Única de 1961, sob a responsabilidade da Organização das Nações Unidas (ONU). O critério do “uso médico” segue até hoje sendo o elemento que leva à autorização de alguns psicoativos em detrimento de outros, ainda que quimicamente semelhantes e provocadores de efeitos similares sobre o corpo humano.

Um exemplo dessas diferenciações pouco claras, do ponto de vista fármaco-químico, é o da morfina e da heroína. A primeira foi sintetizada em 1804 a partir do ópio, entrando no mercado pelas mãos da indústria farmacêutica alemã Merck, a partir de 1827. A morfina – nomeada assim em referência a Morfeu, o deus grego do sono – transformou significativamente a cirurgia médica, possibilitando a anestesia geral. No entanto, assim como o ópio fumado – conhecido e amplamente utilizado desde a Antiguidade na Ásia e Europa –, a morfina produz hábito ou adicção química em seus usuários. Por conta disso, pesquisas foram feitas para produzir uma outra droga com efeitos aproximados, mas que não provocasse “vício”. Assim, em 1874, foi apresentada a heroína, também derivada do ópio, nomeada dessa forma pela sua suposta força anestésica que não provocaria adicção química.

Todavia, a heroína mostrou-se tão adictiva quanto a morfina, o que não impediu que fosse comercializada amplamente até a década de 1910 por indústrias como, a também alemã, Bayer. No entanto, a morfina, largamente produzida por farmacêuticas dos países industrializados não foi banida pelos acordos assinados entre os anos 1910 e 1930, ao contrário do que foi feito com a substância mais recente, a heroína. A primeira passou a ter a produção controlada e vigiada por um sistema de controles estatais sobre a produção de ópio, processamento químico da droga e de um receituário especial que responsabilizou médicos e farmacêuticos diante de qualquer indicação ou venda que não tivessem propósitos terapêuticos (15, 24). A segunda foi completamente proibida, o que não significou sua desapareção, mas apenas o deslocamento de sua economia para a ile-

galidade: os produtores, comerciantes e usuários passaram a ser criminosos punidos pela lei e estigmatizados pela sociedade.

A discussão no campo dos saberes médicos e as relações desses debates com os interesses de indústrias farmacêuticas pelas agremiações e academias médicas e pelo poder regulador estatal configuram o que compreendemos como o segundo nível de análise a constituir o proibicionismo, o da saúde pública. Isso, num momento em que o uso de alguns psicoativos (alguns deles utilizados milenarmente como o álcool e o ópio) passou a ser considerado como problema tanto à saúde individual quanto a das coletividades. Não obstante, a seleção de algumas drogas psicoativas para serem controladas ou proibidas deu-se num ambiente tomado por juízos de valor que repudiavam a experimentação de estados de consciência. Em outras palavras, na Europa, Ásia e Américas havia a difusão, com características próprias, de muitos discursos e práticas sociais antidrogas que, argumentamos, são as bases do proibicionismo ontem e hoje. Nossa hipótese aqui é a de que a proibição de algumas drogas psicoativas, desde os anos 1910, não teria sido possível sem uma ampla chancela social definida pelo repúdio, com bases moralistas, na ebriedade quimicamente induzida.

Desse modo, mesmo com a emergência dos outros níveis de análise – da segurança pública, da segurança nacional e da segurança internacional – o componente básico do rechaço moral ao uso de drogas psicoativas nunca deixou de fundamentar o proibicionismo. A descrição e estudo desses outros três níveis analíticos encontram-se em outros textos e reflexões (14-21). No entanto, nos limites desse breve capítulo, o foco recairá sobre o primeiro nível, da moral, de modo a destacar sua importância para compreender não apenas o despontar histórico do proibicionismo, mas para chamar a atenção do leitor; seguindo ainda as recomendações foucaultianas, de que os níveis de análise não seguem uma direção linear e evolutiva, mas operam todos coligadamente, alterando-se e provocando atualizações nessa forma de lidar com algumas drogas que há mais de um século procura alcançar o inatingível.

Imoralidade e proibicionismo

No século XIX, a experimentação com estados alterados de consciência foi uma das mais frequentes buscas éticas e estéticas entre pintores, compositores, poetas, romancistas e intelectuais. Na Europa, muitos dos principais nomes das artes procuraram os efeitos de drogas, como o ópio, o haxixe e o álcool, a fim vivenciar sensações inusitadas e intensas. Nomes como Thomas De Quincey, John Keats, Charles Baudelaire e D.H. Lawrence experimentaram drogas psicoativas e levaram as experiências que tiveram para seus escritos e reflexões (12). Clubes foram organizados, como o famoso Clube do Haxixins, fundado em 1844 pelo escritor Théophile Gautier, para reunir interessados em experiências com a *cannabis*. O escândalo provocado pela obra desses artistas foi somado ao fato de que exibiam, mais ou menos explicitamente, hábitos tidos como imorais pela moral predominante entre católicos e protestantes: sexo livre, arte contestadora, ideias revolucionárias sobre a transformação social e... drogas.

Ao mesmo tempo, tanto na Europa, quanto nas Américas e na Ásia, algumas drogas psicoativas movimentavam uma intensa economia, como a que conectava as plantações de cana-de-açúcar no Caribe aos salões chiques e bares pobres dos Estados Unidos e Europa, ou os campos de produção de papoula (planta da qual se extrai a matéria-prima para o ópio), controlado por empresas britânicas na Índia, às “*fumeries*” (estabelecimentos para fumar ópio) que abundavam de Xangai a São Francisco. Elixires e unguentos à base de ópio, como o láudano, eram usados livremente para aplacar tosses e fazer crianças insones dormir. Em finos cabarés ou em fétidos prostíbulos, cheirava-se cocaína, injetava-se morfina e heroína, bebia-se destilados e fermentados e fumava-se ópio e *cannabis*.

No entanto, a tolerância social e das autoridades públicas não era a mesma com todos os usuários e em todos os ambientes. No Brasil, por exemplo, o uso da maconha foi pioneiramente criminalizado quando uma lei municipal promulgada em 1830, na então capital imperial, proibia o chamado “fumo de pango”, visando criminalizar um comportamento associado a negros escravos ou libertos que ocupavam a cidade numa proporção de oito negros para cada branco. Enquanto o uso de álcool era difundido entre brancos e negros, o da maconha era vinculado apenas

aos africanos e seus descendentes, sendo, portanto, estigmatizado como hábito bárbaro e indutor de condutas perigosas.

Algo similar aconteceu nos Estados Unidos, onde uma combinação bastante singular entre valores liberais e moral protestante colocou em choque o uso e experimentação de drogas e a luta pela extirpação do que muitos consideravam “vícios morais” (4,24). Nos Estados Unidos, a difusão de variantes mais radicais do protestantismo, as chamadas “denominações puritanas”, havia se consolidado desde os tempos coloniais, quando milhares de puritanos perseguidos na Europa migraram para as então colônias inglesas na América do Norte. Em linhas gerais, as recomendações de conduta dos puritanos são muito rigorosas, predicando uma vida sem prazeres materiais ou sensoriais como a única forma virtuosa de existência. Assim, o uso de drogas psicoativas era condenado do mesmo modo que o jogo, as experimentações artísticas, o comportamento alegre e o sexo fora do casamento e sem propósito de procriação.

Na segunda metade do século XIX, surgiram nos Estados Unidos diversas organizações articuladas a partir de igrejas protestantes como a *Anti-Saloon League*, de 1893, que defendia o fechamento dos *saloons* (mescla de bar, cabaré e cassino) e a *Women's Christian Temperance Union* (União das Mulheres Cristãs pela Temperança), fundada em 1873 e que defendia o valor da “temperança”, ou seja, da vida comedida, sem excessos, sem prazeres, focada no trabalho e na devoção cristã. A *Union* tinha como um dos seus temas a proibição do álcool, objeto principal de outra agremiação, o *Prohibition Party* (Partido da Proibição), que desde 1869 fazia campanha nacional pela criminalização da produção, venda e consumo de álcool.

Essas associações ganharam milhares de adeptos em todo o país e, na virada para o século XX, haviam formado bancadas parlamentares nos estados e, também, no governo federal. A campanha contra o álcool era a mais visível e foi, também, a primeira grande campanha a ser vitoriosa, com a aprovação do *Volstead Act*, que emendou a Constituição estadunidense, permitindo a elaboração de uma lei – conhecida como “Lei Seca” – que proibiu, entre 1919 e 1933, a produção, importação, exportação, venda e consumo público, ou em estabelecimentos comerciais, de álcool. No entanto, não era apenas o álcool que estava na mira dessas organizações

e das opiniões expressas por jornais, folhetos, livros e no dia-a-dia dos estadunidenses.

A relação entre algumas drogas psicoativas e minorias étnicas/sociais era amplamente arraigada nos Estados Unidos. O uso de *cannabis* era associado com mexicanos e hispânicos, em geral; o do álcool, com italianos e irlandeses; o consumo de ópio, com chineses; enquanto a cocaína era tida como droga de negros. Em todos os casos, os preconceitos sociais e raciais difundidos entre a maioria branca e protestante eram potencializados pela crença de que esses grupos sociais eram compulsivos consumidores de substâncias que induziam ao pecado sensual e à violência.

O uso de drogas era tido, ao mesmo tempo, como indício de uma inferioridade moral e racial e elemento de acentuação dos supostos defeitos de caráter e intelecto dos não brancos. Desse modo, a identificação de determinados grupos sociais/raciais com o consumo de drogas psicoativas não gerou o racismo e xenofobia de que eram alvo, mas os alimentou e impulsionou. Na base dos clamores por proibição do consumo de psicoativos residia, assim, interesses de controle social, vigilância e criminalização de certas populações tidas como “perigosas”.

A crença de que o uso de algumas drogas psicoativas constituía uma ameaça à saúde pública e à segurança pública foi alicerçada, portanto, em juízos de valor que repudiavam a experimentação de estados alterados de consciência, principalmente se esses fossem praticados por grupos já estigmatizados, temidos e perseguidos.

O Brasil dessa época registrou formas locais de associação entre drogas psicoativas, racismo e repúdio moral. O consumo de maconha, também chamada de *diamba*, que já era alvo de controles como mencionado acima, passou a ser objeto central da versão brasileira da medicina evolucionista de procedência europeia e estadunidense, interessada em entender as razões raciais para o suposto atraso econômico, intelectual e moral do país. Para Silva, “no início do século XX, as discussões sobre as drogas – como aconteceu com outras questões importantes – passavam pelo debate racial” (23, p.151). De modo que

“Entender o processos histórico que conduziu à percepção das drogas como reificação do mal (no Brasil), tomando como ponto de referência a produção do campo médico, im-

plica também entender como tal campo refletia os interesses dos intelectuais ocupados em pensar a sociedade brasileira e a determinar o seu rumo” (23, p.151).

Nas décadas iniciais do século XX, as teses racistas no campo médico, forense, da antropologia e sociologia, populares na Europa e nos Estados Unidos, também foram populares em países latino-americanos como o Brasil. Os escritos do psiquiatra, antropólogo e criminólogo italiano Cesare Lombroso (1835-1909), por exemplo, estavam entre os mais lidos e comentados pela intelectualidade brasileira, interessada em compreender como era possível classificar as “raças” e suas capacidades cognitivas e morais por meio de medições cranianas e de características do corpo e do rosto (12). Lombroso, dentre outras constatações supostamente “científicas”, afirmava que anarquistas eram os revolucionários incorrigíveis, com tendências ao terrorismo e à insubmissão, sendo tais características visíveis nos seus traços físicos.

Em tal ambiente, a *intelligentsia* brasileira preocupava-se em explicar como seria possível fazer do Brasil um país “desenvolvido” se predominavam negros, mestiços e indígenas, uma vez que a “raça branca” era considerada a mais “evoluída” (23). Parte do “atraso” moral e mental era constataável pela manutenção de hábitos tidos como supersticiosos ou selvagens, como a prática de formas tradicionais de cura, o sincretismo religioso com crenças de origem africana ou pré-colombiana e o uso de substâncias alteradoras de estados de consciência, como a maconha. No caso da *cannabis*, tal como a das drogas psicoativas e os grupos sociais estigmatizados nos Estados Unidos, o uso da droga era, simultaneamente, efeito de uma moral decaída ou inferior e causa da decadência moral e física.

Quando o uso de psicoativos não acontecia entre negros, indígenas e caboclos, o escândalo causado era muito diferente. Segundo Carneiro (3), o uso dos chamados “venenos elegantes” foi muito comum entre jovens e adultos homens das classes mais altas da Velha República. Cabarés e prostíbulos luxuosos abundavam no Rio de Janeiro, em São Paulo e nas outras capitais brasileiras, onde *soirées* regadas a champanhe, whisky, cocaína e morfina eram frequentes e não provocavam maiores comentários na imprensa ou entre grupos organizados na sociedade civil.

No entanto, a situação começou a mudar quando, na década de 1910, a chegada de grandes levas de imigrantes europeus e orientais alterou o panorama das cidades, principalmente na região centro-sul do país, onde despontou o processo de industrialização associado ao maior dinamismo internacional da economia brasileira movido pelas exportações cafeeira, da borracha e do cacau. Os centros urbanos atraíram, também, populações do interior do Brasil que trouxeram consigo hábitos tradicionais e, dentre eles, o de fumar maconha. As emergentes metrópoles brasileiras viram nascer os primeiros grandes planos de reurbanização, cujo maior exemplo foi a chamada Reforma Pereira Passos, promovida no Rio de Janeiro, com ápice entre 1903 e 1904, que derrubou cortiços, remodelou bairros, abriu avenidas, construiu passeios e parques, além de promover mudanças nas fachadas e normas de construção, de modo a fazer da capital federal uma cidade comparável às principais cidades europeias.

A violência dos despejos e o autoritarismo dos novos desenhos de ruas, praças e avenidas atingiram populações pobres, em sua maioria negras e mestiças, com grande aprovação das elites e classes altas. No entanto, modernizar o Rio de Janeiro foi um projeto que combinou o “bota abaixo” do prefeito Pereira Passos, com os programas de higienização dos espaços e de cuidados médico-sanitários com as populações, cujo exemplo mais destacado foi a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola comanda pelo sanitarista Oswaldo Cruz, que provocou uma grande revolta popular no Rio entre outubro e novembro de 1904. De modo próximo ao que se passou na Europa com a reurbanização autoritária e a vitória das políticas sanitárias, como mostrou Foucault (6), o Brasil recebeu, com algumas décadas de diferença, medidas semelhantes e também justificadas em termos biopolíticos como necessárias para a saúde dos corpos e da ordem política e social.

Carneiro (3) nos conta que, na década de 1910, foram jornais como *A Gazeta* e *A Capital*, ambos de São Paulo, que passaram a relatar casos trágicos de jovens prostitutas (as “polacas” ou “francesinhas”) traficadas para o Brasil e que ficaram habituadas ao uso de opiáceos, vindo muitas delas a falecer em casos de *overdose*. As notícias policiais dando conta das agressões, escândalos e mortes provocados por prostitutas, cafetinas e ruínas tornaram-se uma espécie de especialidade muito apreciada pelos

leitores. Grupos maçons e organizações nacionalistas, como a Liga Nacionalista, fundada pelo poeta Olavo Bilac, incorporaram, entre seus temas voltados à “regeneração da pátria”, a correção dos hábitos e da moralidade, incluindo a necessidade de combater o uso de drogas psicoativas.

As capitais, como São Paulo e Rio de Janeiro contavam com a Polícia de Costumes, responsáveis pela aplicação das leis sobre decoro e respeito à moralidade pública, o que levava à repressão seletiva sobre bordéis, casas de jogo, pensões humildes, terreiros de candomblé e usuários de drogas como a maconha e os opiáceos. Em 1915, o Decreto Federal 11.481 incorporou recomendações da Conferência de Haia sobre opiáceos, sem ainda alterar efetivamente os códigos nacionais sobre tema, o que só aconteceu em 1921 com a Lei Federal 4.294, que proibiu a venda e uso de cocaína e opiáceos para fins não medicinais. Com isso, o Brasil adequou sua legislação interna ao que recomendava o emergente regime internacional de controle de drogas, colocando o país em sintonia com o que acontecia em outros países, como os Estados Unidos que em 1914 havia aprovado no Congresso o *Harrison Act*, incorporando as recomendações de Haia às leis estadunidenses (19).

Esse regime internacional teria, ainda, uma importante participação do Brasil nos seus anos iniciais, representado pela atuação do médico Pernambuco Filho na II Conferência Internacional sobre o Ópio, realizada em 1924, na sede da Liga das Nações, em Genebra, Suíça. Pernambuco Filho surpreendeu as demais delegações defendendo que a maconha era uma droga cujo uso ameaçava a saúde e a ordem social no Brasil, por conta de seus efeitos supostamente nefastos sobre o corpo e a mente. O médico brasileiro sustentou que a “diamba era mais perigosa que o ópio” (2, p.316). A maconha, assim, foi incorporada às discussões, sendo com isso, introduzida no rol das drogas a serem debatidas visando maiores controles no plano global. O pleito brasileiro por atacar a maconha foi aceito pela delegação norte-americana que, mesmo não fazendo parte da Liga das Nações, esteve sempre presente e ativa no Comitê Permanente sobre o Ópio - órgão que lidava com o controle de todas as drogas psicoativas em debate (e não só o ópio). Os Estados Unidos, com o forte preconceito em vincular a maconha aos hispânicos, viria a proibir sua produção, venda e uso apenas em 1937, com o *Marihuana Tax Act* (11).

Se a década de 1910 foi testemunha das primeiras reuniões diplomáticas e tratados internacionais sobre drogas psicoativas, foi também o momento das primeiras legislações mais restritivas à produção, venda e uso de alguns psicoativos, notadamente, opiáceos (ópio, heroína e morfina) e cocaína. Essas leis estabeleceram restrições à liberdade médica de receitar, criaram mecanismos de vigilância da venda em farmácias e da produção em indústrias desse ramo, consagrando o critério do uso médico. Não obstante, as pressões internas no âmbito da sociedade civil em países como Brasil e Estados Unidos cresciam buscando limitações ainda mais rigorosas e, no extremo, a proibição completa de muitas drogas psicoativas.

Parte fundamental do ímpeto que animou as campanhas pela proibição foi proveniente de movimentos sociais e do amplamente difundido repúdio moral provocado pelo uso de algumas substâncias. Sociedades marcadas pelo racismo, pela xenofobia e pela moralidade cristã – ainda que com características e formas próprias – como a estadunidense e a brasileira, encamparam a luta contra o uso de drogas e contra quem as utilizava, produzia e vendia. Assim, é tarefa difícil desagregar os níveis de análise moral, de saúde pública e de segurança pública, na medida em que se conectam e retroalimentam: o repúdio moral ao uso de algumas drogas associado ao medo e rechaço a determinados grupos sociais mesclaram-se com as teses científicas em voga sobre progresso, salubridade e desenvolvimento, produzindo um ambiente no qual passou-se a exigir do Estado a tomada de medidas repressivas visando salvar, ao mesmo tempo, a *moral*, a *saúde* e a *ordem públicas*. Uma vez conectados, esses níveis não se desassociam; no entanto, aqui foi destacada o lugar e a importância dos argumentos de base moral para que possamos compreender, ontem e hoje, de onde provém e onde se fundam as bases do proibicionismo.

Para (não) terminar

No livro *Outsiders*, publicado em 1963 e considerado hoje um clássico dos estudos socioantropológicos, Howard Becker procurou analisar como o chamado “desvio social” não era fruto de características inerentes

a indivíduos ou grupos sociais, mas produto de um complexo conjunto de interações, nas quais algumas categorias sociais elaboravam classificações e enquadramentos de outras segundo a promoção e imposição de certos valores sobre outros. Assim, afirma o autor, as regras sociais não são naturais ou autoevidentes, mas o “produto da iniciativa de alguém” (1 p.153). Essas pessoas são chamadas pelo sociólogo de “empreendedores morais” dividindo-se entre os que “criam as regras” e os as “impõem” ou aplicam (1, p.153).

Nessa nossa reflexão, interessa especialmente o primeiro desses grupos que, para Becker, comportam-se como o “reformador cruzado (...) interessado no conteúdo das regras (e insatisfeito com as vigentes) porque há algum mal que o perturba profundamente” (1, p.153). Segundo este autor, os “criadores de regras” se consideram paladinos de uma causa e lutam por ela por acreditarem ser portadores de uma missão redentora; sua campanha é a mais pura de todas e, por essa razão, todo empenho e meios são válidos para alcançar o objetivo final (1).

O primeiro exemplo que Becker levante dessa modalidade de ação é a do “defensor da Lei Seca” (1) nos Estados Unidos, o que nos remete ao apresentado anteriormente sobre as associações sobre a temperança. É interessante notar que Becker se esforça para não estereotipar o “criador de regra” (1), destacando como muitos deles articularam suas bandeiras de luta com outras causas tidas como humanitárias e aceitas por outros grupos sociais. Desta forma, nos informa que a mesma *Women’s Christian Temperance Union*, que advogava pela proibição do álcool, também militava pela redução da jornada de trabalho e pelo fim do trabalho infantil, em tempos nos quais não havia leis laborais que conferissem direitos ao crescente proletariado (1). Bandeiras similares também eram levantadas por grupos mais radicais, entre socialistas e anarquistas que, muitas vezes também se colocavam contra o consumo de álcool – ainda que sem mobilizar qualquer campanha demandando leis (o que seria incoerente com suas posturas revolucionárias) –, por avaliar que a embriaguez impedia a tomada de consciência da exploração do trabalho e das injustiças sociais, além de minar as energias da classe trabalhadora necessárias para a resistência e luta.

O reformismo moral do início do século XX, sustenta Becker, aliou causas conservadoras disseminadas na sociedade estadunidense com o

despontar da medicina oficial e da autoridade conferida às ciências da saúde, em especial, à figura do psiquiatra que passou a ser peça-chave em processos penais a fim de atestar psicopatias, desvios e graus de periculosidade (1, p.155-156).

Uma cruzada bem-sucedida, afirma o sociólogo, culmina com o “estabelecimento de uma nova regra ou conjunto de regras, em geral, concomitante à criação do mecanismo apropriado de imposição” (1, p.158). Assim, uma campanha que emergiu no seio da chamada sociedade civil pode ser bem sucedida quando ganhou repercussão política, angariou adeptos em outros grupos sociais, articulou-se a interesses econômicos e colocou em movimentação táticas de governo, por meio de novas leis que impõem controles ou que criminalizam práticas. A “cruzada moral” se institucionaliza: “o que começou como uma campanha para convencer o mundo da necessidade moral de uma regra torna-se finalmente uma organização dedicada à sua imposição” (1, p.160).

Nos Estados Unidos, as campanhas moralistas pela proibição do álcool e de outras drogas, combinada com as iniciativas contra o jogo, produziram um ambiente político e social que pressionou por reformas legais. O aumento dos adeptos de tais causas provocou o crescimento de sua representação política, uma vez que mais candidatos vinculados a plataformas conservadoras puderam eleger-se para as assembleias estaduais e para o Congresso nacional. No poder judiciário, os cargos eletivos de juízes reverberaram tais demandas, assim como as indicações presidenciais para juízes da Suprema Corte. No plano internacional, a diplomacia estadunidense aliou o pragmatismo ao adotar uma retórica antidrogas (que facilitava, por exemplo, a aproximação com a China, sob a influência econômica das potências europeias que lhes vendiam ópio) com a chancela interna (sentida no Congresso nacional, em muitas organizações sociais e na grande mídia) garantida pelos discursos de corte moralista. Por fim, a assinatura de tratados internacionais gerou um elemento a mais de pressão sobre os congressistas, quando a banca antidrogas argumentou pela urgência em adequar a legislação doméstica aos compromissos externos. O debate que redundou na *Harrison Act* (Lei Harrison), de 1914, começou com a discussão em torno da ratificação da Convenção de Haia, de 1912 (11).

Os “desviados”, antes de serem “criminosos”, são pessoas consideradas “imorais” por algum grupo social. Hábitos diferentes, cor de pele ou status econômico distinto são motivadores da formação de preconceitos e atitudes mais ou menos violentas de repúdio e ódio. Dentre as muitas práticas que provocam rechaço, racismo e demandas por controle e punição estão aquelas relacionadas ao uso de psicoativos. Não a todo uso, tampouco ao uso de qualquer droga psicoativa. As sociedades ocidentais, por exemplo, consagraram o uso do álcool (com o interregno da Lei Seca estadunidense) e do tabaco (apesar das recentes leis restritivas e do aumento da ojeriza social ao fumante). Ao mesmo tempo, repudiaram o uso de opiáceos ilegais (como a heroína) e estimulantes proibidos (como a cocaína), enquanto estimularam a produção e comercialização em escala global de anfetaminas e antidepressivos fabricados por multinacionais da indústria farmacêutica e pelos próprios Estados nacionais (13).

A Convenção Única das Nações Unidas, de 1961, padronizou os tratados anteriores, herdados da Liga das Nações, e estabeleceu as bases do atual regime internacional de controle de drogas, criando listas de substâncias com graus de controle que vão desde o banimento completo (como o caso da maconha e do ácido lisérgico dietilamida (LSD), incorporado em 1971), até o uso médico controlado (como o da morfina). A regra do “uso médico” permaneceu como o fundamento supostamente científico a autorizar o uso ou não de um psicoativo, apesar da dificuldade dos especialistas da ONU em justificar porque a heroína é totalmente proibida, enquanto sua parente química, a morfina, não é, ou ainda, porque o LSD – potente alucinógeno mas que não possui alto nível de toxicidade (ou seja, não impregna os tecidos do corpo ou mata por overdose) – é completamente criminalizado, enquanto o álcool, muito mais tóxico, é legalizado.

Desde os anos 1980, muitas vozes críticas passaram a denunciar o “fracasso do proibicionismo” diante da constatação evidente de que as décadas de repressão policial ou militarizada não puderam fim à produção, venda e uso das drogas ilegais, gerando milhares de mortos, milhões de presos, inchaço do aparato burocrático, judiciário e policial, infindáveis brechas para corrupção e incontáveis vidas arrasadas pelo uso de drogas adulteradas ou utilizadas sem quaisquer condições de higiene ou de conhecimento mínimo acerca de suas propriedades e efeitos.

Hoje, ex-presidentes que, quando mandatários aceitaram o proibicionismo e conduziram suas próprias “guerra às drogas”, mudaram de opinião e defendem medidas reformistas, como a descriminalização do usuário. Especialistas e políticos mais ousados defendem a legalização total das drogas hoje proibidas, ou seja, a regulamentação por leis de produção, venda e consumo de todas as drogas psicoativas, segundo suas características próprias e efeitos físicos e psíquicos de seus usos. O discurso de base médica retorna, agora, pelas mãos dos reformistas, uma nova categoria de “criadores de regras” que encampam a bandeira do antiproibicionismo: desejam que suas ideias sobre drogas alterem as atuais regras porque, parafraseando Becker, as existentes os desagradam profundamente. E, lembrando Foucault e sua análise a respeito da produção de normas e dos processos de veridicção, hoje presenciamos o despontar de discursos antiproibicionistas que enfrentam o *status quo* proibicionista, visando reformas mais ou menos amplas.

Se o proibicionismo não é um bloco unitário, mas um conjunto geral de regras, tratados e práticas sociais que variam historicamente, dependendo da sociedade ou país que se estuda, o mesmo acontece para o antiproibicionismo – faltando, ainda, um estudo mais sistemático de como essa proposta emerge, se articula internacionalmente, responde a novos interesses políticos e econômicos e se financia enquanto movimento social. O que importa destacar é que o proibicionismo também se move, não sendo um monstro fixo e tolo. Sua grande eficiência, em termos biopolíticos, foi ter aberto um imenso campo para o controle de comportamentos individuais e de grupos sociais seletivamente visados, permitindo prender, vigiar e eliminar negros, indígenas, camponeses, migrantes, imigrantes, pequenos marginais, *outsiders*.

A chamada proibição das drogas foi, historicamente, um *fracasso exitoso*: de um lado, um retumbante fracasso na tentativa de exterminar hábitos e práticas sociais, por vezes milenares e que, de todo modo, fazem parte dos repertórios culturais de povos em todo globo; de outro lado, um exitoso dispositivo para aumentar estigmatizações, alimentar preconceitos, produzir “desviantes”, controlá-los pela prisão, pelo confinamento em guetos e favelas ou, simplesmente, eliminá-los nas cotidianas “guerras contra o narcotráfico”.

Sob todas essas camadas de fumaça provocas pela violência diária, pelo medo das “drogas” e, principalmente, pelo pavor contra quem as vende e usa, pouco se sabe ou se conhece da história do proibicionismo e de como ele se constituiu ao longo desse século de existência. Afastando a névoa dos combates, podemos ver os elementos morais que dão firmeza à “guerra” lançada e relançada tantas vezes diante da flagrante incapacidade de vencê-la. Identificar os empreendedores morais da “guerra às drogas” nos permite voltar o olhar para próximo de nós mesmos, notando como o proibicionismo não é uma criação de estrategistas militares ou de cérebros maquiavélicos em gabinetes ministeriais ou de organizações internacionais. Os tratados e leis que instituem os “impositores” da “guerra às drogas” devem sua vida e continuidade ao substrato moral que considera insuportável aceitar ou conviver com estados alterados de consciência.

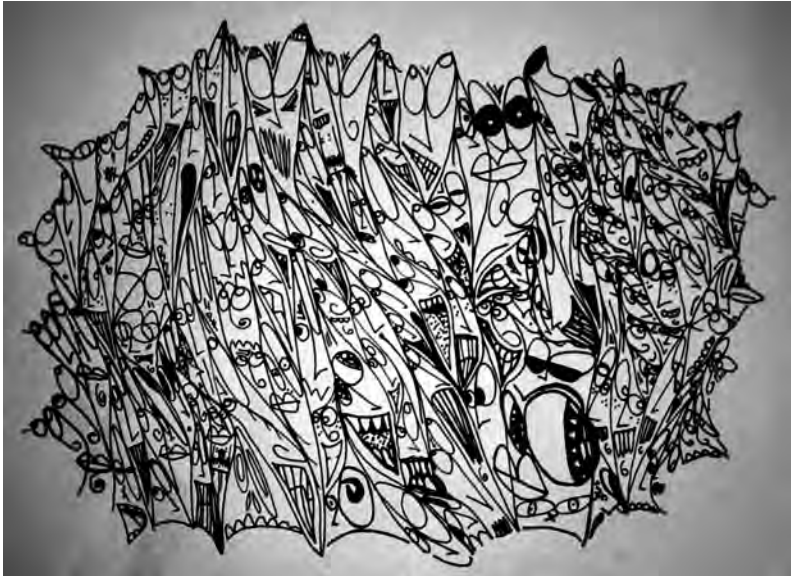
É esse *intolerável* que oferece o primeiro e mais duradouro ponto de apoio do proibicionismo e enquanto ele não for identificado e olhado de frente, não apenas nos outros, mas também em nós mesmos, não faz diferença legalizar a maconha – droga cada vez mais aceita como “natural”, “branda” ou “terapêutica” – se mantivermos o asco (ou a pena) do craqueiro/cracudo, que tantos juízes e cidadãos de bem consideram “corpos sem alma”. Esse asco assume, por vezes, formas violentas (mendigos queimados vivos, elogios à remoção forçada de moradores de rua) e, às vezes, formas mais pias e caridosas que esperam do Estado e de organizações não governamentais (ONGs) o confinamento e “tratamento” dessas pessoas que incomodam transeuntes das grandes cidades.

Tempos atrás, circulou no Brasil uma campanha que afirmava ser o usuário aquele quem financiava o tráfico. Conhecendo um pouco de história da ilegalidade das drogas e tendo o mínimo de senso crítico, vemos que o que financia o tráfico não é o consumidor, mas o próprio proibicionismo. E quem financia o proibicionismo? Empreendedores morais, reconheçam-se!

Referências

1. BECKER, H.S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
2. CARLINI, E. A história da maconha no Brasil. **Jorn Brasil Psiq**, Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.314-317, 2006.
3. CARNEIRO, B. **A vertigem dos venenos elegantes**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1993.
4. ESCOHOTADO, A. **Historia elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1996.
5. ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.
6. FOUCAULT, M. Nascimento da medicina social. In **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998, p.79-98.
7. FOUCAULT, M. **História da sexualidade, v.1** – a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
8. FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
9. FOUCAULT, M. Do governo do vivos (2ª aula). **Verve**, n.17, p.154-188, 2010.
10. JAY, M. **Mind-altering drugs in history and culture**. London: Thames & Hudson, 2012.
11. McALLISTER, W. **Drug diplomacy in the twentieth century**. New York/London: Routledge, 2000.
12. PASSETTI, E. **Das ‘fumeries’ ao narcotráfico**. São Paulo: Educ, 1991.
13. REISS, S. **We sell drugs: the alchemy of US Empire**. Oakland: University of California Press, 2014.
14. RODRIGUES, T. Narcoterrorismo e o warfare state In: PASSETTI, E.; OLIVEIRA, S. (Orgs.). **Terrorismos**. São Paulo: Educ, 2006. p.149-161.
15. RODRIGUES, T. **Narcotráfico, uma guerra na guerra**. 2ª edição. São Paulo: Desatino, 2012.

16. RODRIGUES, T. Narcotráfico e Militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto Internacional**, vol. 36, p.9-35, 2012.
17. RODRIGUES, T. Estados Unidos, América Latina e o combate ao narcotráfico In: TOSTES, A.P.; RESENDE, E.; TEIXEIRA, T. **Estudos americanos em perspectiva: relações internacionais, política externa e ideologias políticas**. Curitiba: Appris, 2013. p.119-136.
18. RODRIGUES, T. Drug-trafficking and Security in Contemporary Brazil. In: GREGORY, R. (Orgs.). **World politics of security**. Rio de Janeiro: KAS/CEBRI, 2015, p.235-250.
19. RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas: uma genealogia do narcotráfico**. São Paulo: Desatino, 2017.
20. RODRIGUES, T.; LABATE, B.C. Política de drogas y prohibición en las Américas In: LABATE, B.C.; RODRIGUES, T. (eds.). **Drogas, política y sociedad en América Latina y el Caribe**. México D.F.: Editorial CIDE, 2015. p.29-52.
21. RODRIGUES, T.; LABATE, B.C. Brazilian Drug Policy: tensions between repression and the alternatives. In LABATE, B.C.; CAVNAR, C.; RODRIGUES, T. (eds.). **Drug policies and the politics of drugs in the Americas**. Cham: Springer, 2016. p. 187-208.
22. ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Editora da Unesp/Hucitec, 1994.
23. SILVA, M.L. **Drogas: da medicina à repressão policial – a cidade do Rio de Janeiro de 1921 e 1945**. Rio de Janeiro: Outrasletras/FA-PERJ, 2015.
24. SZASZ, T. **Nuestro derecho a las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1993.



Sobre Drogas, Rua e Autonomia: entre razões repressivas e razões sanitárias

Rubens de Camargo Ferreira Adorno

Resumo:

Neste texto, procuramos destacar alguns aspectos sobre as chamadas “drogas” que recortam apenas as substâncias consideradas ilícitas e sua relação com a cidade contemporânea e suas relações com os estados de alteração de consciência. Registramos algumas etnografias que foram realizadas nas ruas e contrastamos as pesquisas “biomédicas” ou da área de saúde coletiva que são feitas sempre a partir de pessoas que tiveram problema com o uso de drogas ou que fornecem expediente para a construção imagética da droga como a demonização dos corpos e da rua.

Introdução

Este texto que aqui apresento foi talvez um dos mais difíceis que escrevi; isto porque, na sua lógica, seria derivado de uma sessão de aula feita no curso “Drogas e Sociedade Contemporânea – alternativas ao proibicionismo”, organizado no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, em 2015, que deu origem a esse livro. Como havia a gravação das aulas e a ideia da publicação já estava proposta, no plano prático e lógico tal capítulo trataria de reproduzir as narrativas dessa aula na forma escrita. Porém, para mim, os textos acabam resultando sempre de uma atividade de campo, das falas, das narrativas escutadas de gente em carne e osso e de coisas que estimulam o registro. Reproduzir a fala de uma aula, palestra, resultou em um exercício bem difícil, porque temos sempre algo mais a acrescentar ou uma insatisfação com esse ou aquele exemplo apresentado. Um texto pressupõe sempre um afastamento crítico, daí a dificuldade de simplesmente reproduzir no plano da escrita coisas que foram ditas e que já estabeleceram um vínculo, uma relação com os ouvintes que replicaram e indagaram a fala. Também o texto exige um estilo, acrescentar referências, checar as frases etc.

Enfim, com muito custo consegui escrever esse que, menos que um texto, chamo de alguns fragmentos com simpatias e rejeições já a algumas ideias. Me desculpem essa introdução, mas achei que precisava expressar as condições de construção dessa narrativa que, ao falar da rua e das drogas, fala muito do mundo em que estamos vivendo e da dificuldade de fazer narrativas sobre ele quando se trata de um tema denominado pela Sociologia e Antropologia clássica como “desvio”; não no sentido moralista do termo, mas como uma maneira de mostrar que as pessoas podem fazer diferentes leituras sobre a vida em sociedade. Usar drogas pode ser captado como uma leitura e como uma parte do modo de vida, sem necessariamente ser algo ilegal, imoral ou patológico. Mas, se essa chave de leitura nos foi dada pelos “interacionistas simbólicos”, é fundamental referir que se trata de uma leitura bastante profunda e sensível da diversidade que é a sociedade, porém que tem limites à medida que focaliza os atores suspensos na estrutura social.

Uma Antropologia mais crítica e engajada hoje e que trata do campo da saúde focaliza com intensidade a relação entre a perspectiva nativa central na Antropologia e a sua relação entre cuidados, medicalização, estrutura da sociedade e sofrimento social (9, 20, 22, 30). Nessa perspectiva, o tema aqui tratado faz parte de uma violência estrutural que antes fora conhecida como parte da ação dos estados dos países da América Latina sobre as populações mais pobres e que hoje é tratada como uma questão global atravessada por temas que têm tido seu registro também a partir do campo de uma visão crítica da saúde global.

Seguindo então um pouco do roteiro do que foi dito em aula, tenho, como ponto de partida, uma aproximação crítica às abordagens proibicionistas e restritas aos estudos e descrições do que seria os efeitos bioquímicos das drogas e que, como parte da indústria farmacêutica e do comércio ilegal, representam uma imensa parcela do consumo e dos lucros do mundo contemporâneo. Essa constatação não leva simplesmente a tomar uma posição parcial ante o fato. Tomando um olhar que pretensiosamente chamaria de benjaminiano – que mais adiante aparecerá nesse texto a partir de um fragmento conhecido deste autor – as drogas fazem parte, não apenas do consumo, mas do consumo das emoções e sensações contemporâneas. Emoções e sensações que não são neutras, mas sim produzidas pelo efeito do mercado que, por um lado, representa uma “agressão econômica” empreendedora dentro desse mesmo mercado, que por sua vez é sustentada por uma hegemonia política que por sua vez se baseia em uma “degeneração” da ética e da desestruturação modos de vida de populações em mobilidade através do mundo. Por sua vez, o ritmo de vida empreendido pela expansão e intensificação de uma economia capitalista, como já fora percebido nas suas origens, desde o início do século passado, desenvolve uma correspondência entre os modos de vida e a intensificação do consumo como constitutivo dos corpos e da diversidade característica humana.

Na história e nas polêmicas recentes sobre as drogas e as políticas públicas, o tema das classes sociais, das desigualdades, do exercício de poder e repressão que se dirige aos chamados grupos mais vulneráveis da população (termo cada vez mais usado pelo discurso das políticas públicas) traz à tona questões como o aprisionamento em massa das popu-

lações pobres e, entre elas, a discriminação étnico-racial e de gênero. Na outra face, a Saúde Coletiva aponta para o reconhecimento de direitos, como o respeito aos usuários de drogas.

Aqueles que, a partir de um lugar social, podem proteger tanto a sua intimidade, como sua privacidade e que administram a temporalidade do desejo e do momento de uso, e que nele discriminam gostos, sensações, reflexões, pensamentos, isolamentos e prazeres como momentos de um exercício de si ou de compartilhamentos, podem ter direito a uma autonomia do seu uso. Pois, se estão protegidos das ações repressivas do estado pelo seu lugar de classe, podem, muitas vezes ao serem denunciados ou expostos ao aparato da saúde, ter essa autonomia comprometida ao ser designados na categoria de “usuários” - discriminação sanitária cada vez mais praticada e investigada. Daí, podem resvalar para um patamar mais grave e serem acusados de “dependentes. químicos”. Por sua vez, ao se subordinarem a ser “pacientes” passam a incorporar esse traço em suas subjetividades e, por isso, precisar, na melhor das hipóteses, negociar um mínimo ou não de autonomia. E, mais grave ainda, é quando as duas modalidades de controle/repressão se justapõem.

Observei, entre os que realizaram pesquisas nas cenas de uso pública de crack da cidade de São Paulo – a chamada “Cracolândia” (28) -, as pessoas dizerem que, além de tudo o que sofriam na pele e nos corpos, passaram a saber que eram chamados de “dependentes químicos” e, com isso, tinham um motivo a mais para cair no uso descontrolado e sem reflexão; se viam então com uma doença que não conseguiam controlar.

Gostaria de dizer, também, que considero a constituição dos espaços de uso nas cenas de rua na cidade de São Paulo um processo exemplar de resistência. Quarteirões foram derrubados, violências policiais, ações repressivas, cavalarias e exercícios de vigilância e momentos de tortura pública foram observados - quando foram confinados em um quadrado de rua e perseguidos durante horas pela cavalaria da Polícia Militar (27). Assim, início o texto na cisão que acredito ser um ponto de inflexão que constrange a discussão pública das drogas: as práticas e os discursos que aliam a repressão e a perda de autonomia e direito à intimidade.

Meu ponto de partida foram as pesquisas etnográficas realizadas nas duas últimas décadas e o diálogo com pressupostos teóricos que

compartilham a desconstrução de uma dada noção biomédica que parte a ideia de uma homogeneização e universalização do comportamento dos “seres vivos” e do que sejam as emoções dos seres humanos.

Quanto aos efeitos do proibicionismo, baseado em uma classificação arbitrária das drogas, existe uma vasta bibliografia a respeito, que demonstra como as políticas que reforçam a guerra às drogas, não apenas não têm o efeito que desejam – a diminuição do consumo dos psicoativos –, como causam um mal maior à sociedade, interferindo não apenas na relação que qualquer pessoa tenha com o uso dessas substâncias, mas provocando efeitos mais profundos e perversos que contribui para reforçar formas tradicionais de violência, bem como para produzir novas formas de exercê-la (6, 12, 21, 31).

As políticas de repressão não estão separadas das estruturas das sociedades; se incorporam às desigualdades sociais, realizam ações discriminatórias a partir de marcadores sociais como classe, gênero, etnia, geração, origem etc. Diante disso, as ideias e narrativas expostas nesse texto pretendem dar início a uma discussão na qual tomo como base etnografias realizadas desde 1999 na cidade de São Paulo com os usos de drogas em cenas públicas, buscando relacionar os usos aos modos de vida e não a um modelo homogêneo de concepção do “usuário”, seja esse sujeito hipotético ou já, desde o início, classificado como portador de um “uso problemático”.

Começo por falar sobre esse tema a partir de um texto de Luís Fernandes, professor da Universidade do Porto – Portugal, que tem dedicado seus trabalhos de pesquisa à expressão do fenômeno droga em contexto urbano (24). Ao escrever uma resenha a respeito da publicação do livro de autoria de Luís Almeida (mestre em Antropologia e atualmente doutorando da Universidade de São Paulo), sobre os usos de heroína em Lisboa, Fernandes iniciou o texto com uma pergunta: “o que há em comum entre a etnografia urbana e a heroína?” (24, p.93) e prossegue respondendo: “Ambas convergem para um mesmo atrator: a rua”. Essa pergunta fantástica e sua resposta também muito bem colocada introduzem para toda uma gama de pesquisas etnográficas que, ao contrário da grande maioria das pesquisas feitas sobre as chamadas “drogas”, não são feitas em laboratórios e nem em consultórios ou locais de atendimento a “usuários”, ou

seja, com pessoas que tiveram problemas com o uso de alguma droga e que, por isso, tiveram a necessidade ou acabaram por ser enredados em uma instituição para “tratamento”.

Essa abordagem poderia vir bem a calhar com vários empreendimentos teóricos que foram realizados na cidade de São Paulo, em torno da mais famosa cena pública de uso do crack do país. Estudos que vincularam Antropologia Urbana e o uso de uma droga em cena pública focalizando espaços, cenas, personagens “usuários” e da grande questão que esteve presente na mídia e mobilizou uma boa parte da cena política contemporânea no Brasil. A moralidade sobre as drogas, sobre a qual Henrique Carneiro atribui a política antiproibicionista e às relações pós-coloniais de invenção de um racismo biopolítico (12), reinventada, essa última, pela mediatização do crack e, com ela, pela reconstrução de moralidades que reforçam a rejeição, incluindo as políticas de confinamento e reclusão em relação as imagens dos corpos, às quais Taniele Rui (34) chamou de “os corpos abjetos”. A partir de então, a cena mediatizada e à distância do que ficou sendo chamada de “Cracolândia” passou a ser a “verdade” sobre usos e usuários de drogas - situação em que todo “drogado” é visto como tendo aquele corpo “abjeto” e misturado aos detritos e à sujeira e em que todo iniciante no uso de uma droga (leia-se as drogas ilegais) teria como destino a imagem da rua como o espaço da sujeira e da desordem.

A trajetória de minhas pesquisas não fugiu a essa regra - não talvez da Antropologia Urbana -, mas de ter tido a pretensão de, a partir do domínio ou de um campo recortado por pressupostos já estabelecidos antes mesmo de se apresentar os sujeitos (como o campo da Saúde Pública), ter saído para as ruas e, só a partir daí, ter recommçado a minha história de avanços e desavenças entre perspectivas socioantropológicas e a própria crítica às abordagens biomédicas e bioquímicas. Provocaram, então, o primeiro registro desse texto: foi na rua aonde fui me encontrar com o campo das drogas, o que, desde já, é um princípio interessante uma vez que o senso comum diz que o início nas drogas ocorre em qualquer parte e se dá numa escalada sem volta. Curioso é o fato de que me encontrava num mundo, desde cedo, envolto com as drogas; desde as lícitas e colocadas nas invisibilidades, como o café, o açúcar, o tabaco, o álcool, os me-

dicamentos psicoativos prescritos, etc. Ao mesmo tempo em que foi na rua que encontrei um ponto para refletir sobre elas e para realizar, diga-se assim, uma trajetória científica acadêmica.

A rua como um estado alterado de consciência

Retomando essa questão da rua como campo de pesquisa, não posso deixar de admitir esse “norte” dado por Luís Fernandes (24), pois as drogas, como a heroína na Europa e o crack nas Américas, recriaram a imagem da rua e quase que por extensão passaram a qualificar a rua e o que conflui para ela.

Traço a princípio duas aproximações, primeiro o fato de a Antropologia e o seu braço/ferramenta empírica – a etnografia – sempre ter por objeto/sujeito a alteridade, através da qual se pode reconhecer a diversidade como característica quiçá a mais autêntica das características humanas, servindo para desconstruir um primeiro *front* ao senso comum, que toma o humano como uma unidade ou uma totalidade refletido em constantes falas: “isso é próprio do ser humano!!!”, como se existisse uma essência, ou uma essencialidade humana. Pois bem, se tal essência existe, é exatamente pela diferença e pela propriedade de produzir diferenças.

É Interessante verificar que as ciências da natureza e as chamadas “ciências duras” fazem constantemente afirmações a respeito dos sujeitos e dos seres humanos, que, em geral, são generalizações, como se não existissem ciências dos humanos e da sociedade. Sociedades e humanos são considerados “naturais” e genéricos por elas, ignorando séculos e séculos de reflexão no campo da Filosofia e da construção contemporânea de todo um empreendimento científico caracterizado exatamente por comprovar a ineficiência e a falsidade das generalizações à respeito dos homens e da sociedade, inclusive aquelas que, dentro desse próprio campo – o das chamadas humanidades –, procuram imitar as generalizações e os modelos hegemônicos das ciências da natureza.

Voltando à rua, ela, como espaço urbano, é também um espaço da diferença, da diversidade, do desfile, dos imponderáveis, da rua como um território de fuga e, ao mesmo tempo, de exposição. A rua é também um

território de alteração de consciência, ideia que remete primeiramente a Georg Simmel, que publica, em 1902, o magnífico que é “*A Metrópole e a Vida Mental*” (38), em que estabelece a relação entre essa cidade, que se torna metrópole já naquele início do século XX, e o que chamamos aqui de “alteração de consciência”, quando fala que:

“Os problemas mais graves da vida moderna derivam da reivindicação que faz o indivíduo de preservar a autonomia e individualidade de sua existência em face das esmagadoras forças sociais, da herança histórica, da cultura externa e da técnica de vida... a base psicológica do tipo metropolitano de individualidade consiste na intensificação dos estímulos nervosos que resulta da alteração brusca e ininterrupta entre estímulos exteriores e interiores. O homem é uma criatura que procede a diferenciações. Sua mente é estimulada pela diferença entre a impressão de um dado momento e a que a precedeu. Impressões duradouras, impressões que diferem apenas ligeiramente uma da outra... (...) todas essas formas de impressão gastam, por assim dizer, menos consciência do que a rápida convergência de imagens em mudança, a descontinuidade aguda contida na apreensão com uma única vista de olhos e o inesperado de impressões súbitas... (...) com cada atravessar de rua, como o ritmo e a multiplicidade da vida econômica, ocupacional e social, a cidade faz um contraste profundo... (...) no que se refere aos fundamentos sensoriais da vida psíquica. A metrópole extrai do homem, enquanto criatura que procede a discriminações, uma quantidade de consciência diferente..... o ritmo da vida e do conjunto sensorial...” (38, p.11-13).

E, discorrendo sobre a racionalidade e a vida monetária como expressão do capitalismo da época, reflete sobre o caráter racional, ao qual o autor chama de “certa defesa” criada pelo “intelecto”, em reação aos estímulos dados por um universo cada vez mais rápido, nervoso e sensorial da cidade:

“A metrópole se revela como uma daquelas grandes formações históricas em que correntes opostas que encerram a vida se desdobram,... neste processo, as correntes da vida, quer seus

fenômenos individuais nos toquem de forma simpática, quer de forma antipática, transcendem inteiramente a esfera para a qual é adequada a atitude de juiz. Uma vez que tais forças da vida se estenderam para o interior das raízes e para o cume o todo da vida histórica a que nós, em nossa efêmera existência, como uma célula, só pertencemos como uma parte, não nos cabe acusar ou perdoar, senão compreender...” (38,p.25).

O outro autor é Walter Benjamin, que expressa a fragmentação e o descontínuo em seus textos e as referências às ruas e o vagar pelas cidades, que representa, ao mesmo tempo, a intensidade da produção e da circulação de mercadorias e a alienação como um fenômeno dado pelas trocas capitalistas e o sentido simbólico do consumo. Permanece nos textos desse autor a imagem da impotência frente a esses cenários eternamente em movimento. Considero Benjamin como o precursor de uma sensibilidade que será incorporada à descrição que ao mesmo tempo transporta a densidade e a intensidade de se relacionar com os espaços, a estética da cidade, explorando a sensorialidade (8).

Hoje, uma das características mais marcantes da escrita etnográfica e, por suposto, de um debate na Antropologia - campo científico que lhe dá contexto -, é a crítica aguçada à figura do autor/etnógrafo/antropólogo e sua pretensão em deter o conhecimento do outro, como “cientista” que, por meio de sua descrição e interpretação, vai apresentar e mostrar os sujeitos e os territórios nativos. Os escritos de Benjamin expressam tendência: se existe ciências que perseguem as diversidades e possibilidades do humano necessitam trilhar a experiência desses sujeitos na própria vida. Experiência, sensações, emoções, percepções sensoriais obtidas através do corpo que vaga, caminha, olha, escuta, cheira e procura intensificar esses estados e experimentações são o artefato de se conhecer e, conseqüentemente, de conhecer. A escrita como uma tradução dos acontecimentos cotidianos que expressam o sentido/sentimentos da existência da “sociedade de fora”, mas também, “de dentro”, tendo como testemunho e ferramentas todos os sentidos corpóreos e a possibilidade de expressão desses através da escrita (8).

É importante frisar que entre Simmel, com quem comecei as citações e fragmentos de narrativas (38), até Benjamin (8), que estamos regis-

trando o próprio testemunho do que ficou conhecido como o surgimento do “moderno”, dos “modernismos”, movimentos que foram sobejamente difundidos através do campo da literatura e das artes. Relembramos que essa ruptura na visão dos modos de conhecer, sentir e agir tradicionais que representavam a sociedade irão ocorrer, na Filosofia e na ciência, substituindo o conhecimento pela representação e autoridade, pela incerteza, que irá marcar as transformações na área do conhecimento durante o século XX.

Creio que hoje assistimos à retomada do que chamo de uma “ciência por representação”, que conseguiu intensificar e aperfeiçoar e aproximar os modelos matemáticos dos artefatos tecnológicos e, através deles, estabelecer um “*proxy*” com a realidade. Assim, ela leva a perceber a experiência do uso de uma droga na rua a partir do momento em que o sujeito é capturado por serviços de acolhimento/cuidado/controle/confinamento/prisão e, sobre eles e suas falas dirigidas a esses poderes institucionais, torno o conhecimento do uso como uma forma “capturada”, modelada pelos pressupostos de uma agência da droga sobre o organismo do indivíduo, um agenciamento que, como um vírus, entrará dentro de seu corpo e causará uma mudança irremediável, a partir da qual, como agora portador de um mal crônico, deverá se abster de determinados sentimentos, emoções e principalmente do fazer uso.

Voltando aos nossos “clássicos” imensamente contemporâneos, é preciso dizer que Simmel apresenta o grande mérito de, ainda se mantendo na postura de um observador “cientista” externo ao que se passa na rua, percebe a intensidade da transformação que causam as mudanças “urbanossociais” (38) - nessa junção, onde o urbano é um espaço de multiplicação das diversidades, e o social, como uma relação fundante no modo de vida dos humanos; portanto, trata-se de um modo de vida tocado pela diversidade e, ainda mais, pela velocidade dos fluxos; ou seja, onde determinada fração de tempo também passa a apresentar muito mais informações, imagens, alteridades do que em um espaço mais remoto e mais isolado possibilite informar. Trata-se também de um outro fato: a repetição - que em sociedades chamadas de mais tradicionais se representaria por um ciclo, muitas vezes apegado a outros regimes de tempo e de temporalidades, -, ao passo que, essa percepção do urbano

pode também caber em apropriações cíclicas ou circulares, mas que está muito mais propícia à imponderabilidade ou, querendo provocar, mais aberta ao risco que também emerge como característica. Os fatos da vida que agora se sucedem com mais velocidade passam a ser capturados pelo olhar externo da ciência como riscos, com a pretensão de poderem ser administrados ou calculados.

Falando ainda mais dos textos de Benjamin e das referências mais publicizadas, lembro a conexão que fazem com o poeta simbolista Baudelaire: o olhar para cidade, o seu olhar para a história e, finalmente, seus escritos sobre a experiência do uso do “haxixe”. No primeiro caso, há a descrição do poema de Baudelaire sobre a cidade e as suas sensações - Charles Baudelaire como os poetas simbolistas de sua geração possibilitaram o aperfeiçoamento de suas sensações e sentidos a partir da experimentação de psicoativos ou, prosaicamente, das “drogas” (8), o que possibilitou a riqueza de uma poesia que não se limita a um registro narrativo, mas que procura a reprodução sensorial que precede ou se superpõe à escrita. Na linha do olhar para a cidade, está a clássica menção aos sentimentos de medo, horror às multidões que, vistas pela primeira vez, despertavam essas sensações.

Também Michel Foucault (26) fala do medo da cidade, do medo das aglomerações, como aspectos presentes no nascimento das cidades modernas, da economia capitalista, do disciplinamento dos corpos para o trabalho na lógica de uma produtividade externa a eles. Em seu texto *“O Nascimento da Medicina Social”* (26), fala do surgimento da saúde/Medicina Social, como um regime de ordenamento dos corpos, mas também e fundamentalmente, como uma estratégia de segurança e isolamento das multidões e das massas de trabalhadores e das “classes médias” e proprietárias, escrutínio dos corpos que trabalham, das sexualidades e da reprodução.

Benjamin (8) vai registrar de forma peculiar, a partir do testemunho que faz do percurso e das ruas, as transformações urbanas; Cornélia Eckert (19) e Maria Luiza de Carvalho (13) fazem uma conexão entre os escritos benjaminianos e a cidade com os autores da Escola de Chicago, que desde os anos 1930 vão construir uma escola de Antropologia Urbana, apontando as transformações sociais a partir das ruas e das diferenças das populações das cidades.

A temática que chamo de “rua”, ou de uma sociedade escondida das barreiras político-sócio-sanitárias que estabelecem as fronteiras e classes, moralidades e poder, vão aparecer nesse campo que, desde então, irá se consolidar. A ironia, inquietude e a visão de mundo de Benjamin ocorrerão ao lado de uma Antropologia Urbana, pouco a pouco, mais específica em relação aos grupos sociais e às práticas peculiares que contribuirão para um conceito de “desvio”, que, sendo apurado, quer dar conta não de um desvio em relação a uma norma, mas de um diferente modo de ler, interpretar e sentir a vida social; ou seja a cidade só pode ser caracterizada a partir das diferenças, da diversidade e da pluralidade dos modos de vida.

Ainda, para fechar, reproduzo um dos trechos mais divulgados e conhecidos de Benjamin em que através do quadro “Ângelus Novus”, do pintor Paul Klee, descreve o que para ele é o momento presente da sociedade então contemporânea, uma sociedade que está atrelada ao futuro em função de seus fluxos, fluxos financeiros, mercados, etc. Essa alegoria é, também, a representação da ideia de progresso e de uma própria ciência alienada a este. Dessa alegoria, tomo para o conhecimento e para a perspectiva da ciência da escrita, o olhar cindido: as ruínas, as desigualdades e, ao mesmo tempo, a velocidade, a técnica - que nos deixam, ao mesmo tempo, admirados e, ao mesmo tempo, estarecidos, e onde a nossa capacidade de interferir é sempre reduzida - onde, de alguma forma, apresentar essa cisão é a maneira que se tem para encontrar a rapidez dos fluxos e de pensar outras maneiras de navegar nos “ventos” implacáveis dos tempos.

“Há um quadro de Klee intitulado ‘Angelus Novus’. Nele está representado um anjo, que parece afastar-se de algo a que ele contempla. Seus olhos estão arregalados, sua boca está aberta e suas asas estão prontas para voar. O Anjo da História deve parecer assim. Ele tem o rosto voltado para o passado. Onde diante de ‘nós’ aparece uma série de eventos, ‘ele’ vê uma catástrofe única, que sem cessar acumula escombros sobre escombros, arremessando-os diante dos seus pés. Ele bem que gostaria de poder parar, de acordar os mortos e de reconstruir o destruído. Mas uma tempestade sopra do Paraíso, aninhando-se em suas asas, e ela é tão forte que ele não consegue mais cerrá-las. Essa tempestade impele-o incessantemente para o

futuro, ao qual ele dá as costas, enquanto o monte de escombros cresce ante ele até o céu. Aquilo que chamamos de progresso é essa tempestade” (8, p.157-159).

A produção das drogas nas cenas de rua

Fui para a rua fazer pesquisas e encontrei as drogas a partir de um estudo que teve como motivação um tema atrativo nos anos de 1990: o das crianças e jovens pobres que circulavam pelas ruas na zona central da cidade de São Paulo, as chamadas “crianças de rua” ou “crianças em situação de rua” - descritas e interpretadas por estudos acadêmicos, técnicos, de organizações não governamentais (ONGs) e movimentos de militância dos direitos da criança e do adolescente, nas mais variadas perspectivas. Na maior parte desses estudos e falas acerca do fenômeno das “crianças de rua”, desde a mídia a textos acadêmicos e falas institucionais, havia um tom de indignação que se unia à construção de uma moralidade que descreve/denuncia a questão de uma forma bastante parcializada. Estabelecia-se uma trindade corruptora e moral que, em primeiro lugar, criminalizava as famílias pobres, criava um imaginário a respeito de suas sexualidades e atribuía a elas a presença das drogas na sociedade.

Partindo do pressuposto de que as famílias pobres praticavam o “abandono familiar” por serem “famílias desestruturadas” e que, portanto, eram permissivas com as drogas e com o envolvimento não controlado com o sexo - ou seja, da reprovação do que seria o desvio para uma moral puritana -, denunciavam o que seria coerente com uma visão tradicional de gênero frente às crianças e jovens (pobres) expostos às ruas. Essa divisão tradicional de gênero tinha como premissa que todos os meninos de rua estavam envolvidos com o tráfico e o uso de drogas e todas as meninas de rua com a exploração sexual e a prostituição infantil.

Não quero dizer aqui que as relações tradicionais de gênero não expusessem condições dessa natureza assim divididas para meninos e meninas, mas, generalizar sua ocorrência, desenvolve um olhar que direciona, para se pensar a política pública a partir da tomada de consciência de uma situação de desigualdade, pobreza e necessidade de apoio

às relações entre famílias e crianças, prevalecendo o foco nos “desvios” e nas “aberrações morais”. Esse olhar acaba por reforçar ações autoritárias e, nesse sentido, tornar-se cúmplice das próprias relações autoritárias e de gênero prevalente nas famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Além disso, ficava para “debaixo do tapete” o fato de que, tanto os constrangimentos sexuais, como os usos de drogas lícitas/ilícitas estão presentes em todos os estratos sociais, a diferença é o uso entre os pobres são sempre mais “públicos” do que os feitos pelas classes médias e pelas classes mais ricas, já que suas habitações são mais devassadas e inspecionadas e suas vidas mais expostas à rua e à cidade que, em nosso modelo brasileiro, foi se tornando cada vez mais caracterizada por territórios de apartação social.

Esse discurso esteve presente em programas então implementados no âmbito das políticas de educação e assistência social, através da terceirização das ações para ONGs. Além disso, adquiriram reflexividade global a partir de matérias jornalísticas e falas de representantes de organizações internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), que tratavam especificamente a América Latina e o Brasil como um local do mundo em que havia milhões de crianças de rua. Fúlvia Rosemberg (33) tratou de forma magistral essa temática, destacando a inflação numérica feita pelo tom do discurso internacional nos números que iam dos milhares aos milhões de “seres abandonados às ruas”, tendo como sorte as drogas e a prostituição.

A retórica de construção do drama moral se dava pelo uso de estatísticas e “estudos de caso” que faziam narrativa de histórias particulares ilustrando a gravidade da situação. A mesma fórmula era e, digamos, continua sendo utilizada em livros e exposições escolares sobre o tema drogas:

“...oferecem-se informações estatísticas epidemiológicas sobre o uso de drogas (muitas vezes incluindo a amplíssima categoria “uso na vida”) e ilustra-se através da condição de vida e deterioração humana do dependente, sugerindo o uso de uma retórica do convencimento” (33, p.75).

Assim, a trindade droga-família-prostituição e a metodologia construída pela retórica “epidemia” mais “estudo de caso” eram profusamente utilizadas no tratamento dado às crianças e jovens em trânsito pelas ruas.

A “entrada” do crack nesse circuito, na mídia, inicia a construção do grande fetiche do crack nas cidades americanas. O uso do crack - que é um derivado da cocaína e tem, nesse caso, o princípio ativo dessa droga -, se diferencia não só pela forma de uso. Enquanto a cocaína aspirada tem um efeito mais prolongado e é assim descrita, o crack propicia uma intensificação dos efeitos da droga com uma grande redução do tempo - daí seu nome “crack” (acidente, um incidente súbito, que tem um som) - mas também e, principalmente, com menor custo. Como descreve Antonio Escohotado (21) trata-se da cocaína dos pobres, um produto menos refinado e derivado da pasta base de cocaína e, como toda a droga, para além de ser classificada conforme seu componente químico, tem uma história e seu um uso relacionado a essa história, com seu próprio *status* social e contexto.

Além do *status* social, contexto, por ter história, as drogas têm suas temporalidades. As temporalidades, por sua vez, são produtos sociais. Os exemplos mais comuns, mesmo daqueles textos que hoje reagem à naturalização e ao proibicionismo vigente em relação às drogas consideradas ilícitas, generalizam a história das sociedades e colocam como dado o fato das drogas terem sempre feito parte da história das sociedades humanas. Aqui queremos destacar que, para além dessa generalidade, cada sociedade tem sua temporalidade, como produto complexo das relações entre os homens, suas atividades, seus sistemas de crenças etc Esses conjuntos de relações também fazem parte das corporalidades, ou seja, dos sentidos, das emoções, das sensorialidades. Não vou entrar aqui no contexto de outras sociedades, mas apenas do das sociedades contemporâneas, já introduzido pelos textos e trechos de Simmel (38) e Benjamin (8) (citados anteriormente), destacamos um trecho do livro “ZeroZeroZero”, de Roberto Saviano (36), que faz uma descrição jornalística acerca das tramas e ramificações do tráfico internacional das drogas ilícitas, com foco especial na cocaína e sua intrínseca relação com os grandes conglomerados financeiros e empresas internacionais:

“O sujeito sentado agora a seu lado no mêtro cheirou para acordar hoje de manhã; ou o motorista de ônibus que te leva pra casa porque quer fazer hora extra sem sentir dor na cervical. As pessoas mais próximas de você cheiram. Se não é seu pai ou sua mãe, se não é seu irmão, netão é seu filho. Se não é seu filho é seu chefe. Ou a secretária dele, que só cheira aos sábados para se divertir. Se não é seu chefe, é a mulher dele que cheira para ir vivendo. Se não é a mulher, é a amante dele, a quem ele dá pó de presente, em vez de brincos e diamantes. Se não são eles, é o caminhoneiro que faz chegar toneladas de café nos bares de sua cidade e que não conseguiria aguentar todas aquelas horas de estrada sem pó. Se não é ele, é a enfermeira que está trocando o cateter do seu avô, para quem o pó deixa tudo mais leve, até mesmo as noites. Se não é ela, é o pintor que está pintando a sala da casa de sua namorada, que começou por curiosidade e depois se viu contraindo dívidas. Quem cheira está a seu lado. É o policial que está a ponto de te parar, que cheira faz anos... se não é ele é o cirurgião que está acordando agora para operar sua tia e que graças ao pó consegue abrir até seis pessoas por dia.... É o juiz que se pronunciará sobre sua causa cível e não considera pó um vício...” (36, p.11-12).

Este relato sobre o uso da cocaína podia ser sobre o clonazepan (Rivotril), ou a ritalina, apresenta o que se pode chamar de “funcionalidade” de uma droga frente à aceleração das temporalidades e da regulação dos corpos dispostos na vida, parte das subjetividades contemporâneas. Antonio Escohotado (21), ao tratar dos usos de drogas nas sociedades contemporâneas, sua relação com a regulação dos corpos e o arsenal prescritivo derivado da própria medicalização, desenvolve o conceito de “dissidência farmacológica” para falar da extensão dos usos das drogas ilícitas.

Voltando ao relato das ruas, o crack, apesar de ser a versão para pobres da cocaína enraizada na vida das cidades/sociedades foi apresentado como uma droga violenta, perversa e detonadora de um comportamento incontrolável, o que provocou uma repercussão direta na fala e na ação dos agentes públicos da época, os “educadores de rua” que organizavam ações lúdicas-educativas nas praças do centro histórico da cidade de São

Paulo e que admitiam, até então, o uso dos inalantes (cola de sapateiro e esmalte) (2). A reação desses educadores à entrada do crack foi se retirar das ruas e limitarem-se às crianças que frequentavam as casas de acolhida, dizendo que o crack impedia o contato, a aproximação e o diálogo, que impedia a socialização. Eles manifestavam o temor de enfrentar os traficantes, considerados perigosos, o que não ocorria com os chamados “pais ou mães de rua” que intermediavam a venda dos inalantes.

Na mesma época, a imprensa passou a intensificar a relação entre a violência e o crack, destacando que um dos principais efeitos de seu uso era tornar violentos os sujeitos quase que instantaneamente à sua ingestão. Registros etnográficos feitos por mim (2) e por Selma Lima da Silva (37) mostraram como o comportamento violento atribuído ao crack era usado e manipulado por jovens em sua relação com os “outros”, os que, como nós pesquisadores, frequentavam e passavam pela região próxima à Estação da Luz e das ruas do bairro de Santa Ifigênia no centro da cidade de São Paulo. Observamos em uma situação, um rapaz que estava andando mais ou menos tranquilamente que, ao cruzar conosco, começou a gritar em tom agressivo: “eu sou um “nóia” e faço e arrebento”. A violência, como um atributo dos “drogados” de rua, ao ser assimilada através da imagem propagada pela mídia, “tornar-se-ia uma estratégia de vida e defesa” (4).

Foi a partir dessas “evidências” que passei a me incomodar ainda mais com os recortes biomédicos dominantes em um campo que se pretende um discurso multidisciplinar, como é o da Saúde Pública (3). Comecei a contrapor, em textos que escrevi, a noção de “crianças em trânsito pelas ruas”, pois a rua, antes de ser um território do “abandono”, se mostrava como um território de atração e de refúgio, refúgio inclusive das famílias, das periferias, dos lugares com poucos atrativos e do intenso controle social onde bastaria se usar um boné para ser discriminado como um traficante.

A partir de matrizes discursivas e compreensivas, passam a fazer parte das ações que o Estado empreende, desde práticas repressivas até o acolhimento e a dotação de renda e moradia para os “usuários de drogas” e para as “populações de rua”. Também passam a ser alvo dos programas de saúde que, numa ação reflexiva feita juntamente com a mídia, passam

a ser tratados como “dependentes químicos”, portanto, alvo de um controle proposto desde o modelo clássico das internações até a sua transformação em “usuários crônicos” da área de Saúde Mental e do consumo de psicofármacos prescritos por esta. Também encontraremos abordagens que propõem o autocontrole e as tecnologias de uso (insumos para cachimbos, abordagens de rua com muita conversa em torno do uso e das histórias de vida, relações de intersubjetividade - nas quais se destaca a noção de cuidados e de direitos), temas que fizeram parte da história das relações entre agentes e a rua. Essas ações e suas relações com as estratégias de vida na rua têm, por sua vez, um peso na mudança na construção das subjetividades, de “nóias” e “dependentes” para o lugar de “usuários” de drogas.

Partimos do pressuposto de que as ações desempenhadas pelo Estado nas fronteiras com as atividades marcadas como ilícitas, além de visar o controle e a pacificação dos corpos, transitam entre ações abertas de repressão de caráter policial militar, constrangimentos morais e físicos, desde a prisão e a tortura, até a assimilação das chamadas Ciências Humanas nas estratégias de “governamentalidade” em que se procura a compreensão do “outro” e a “tolerância” de suas ações visando “recupera-lo” à sociedade. Nosso entendimento é que o limite ético dessas ações é dado a partir do momento em que se pode reconhecer os desejos e a vontade do outro, reconhecendo o direito de dispor de seu corpo e de seus desejos.

Ocorreu, por um lado, uma sucessão de ações realizadas por áreas da Assistência Social e da saúde que foram, em alguns momentos, incorporando tecnologias de compreensão e abordagem provenientes do campo das Ciências Humanas e do Direito, embasando um discurso ao mesmo tempo crítico, com posturas ora de mediação ora de repúdio às ações repressivas nas zonas de fronteira.

Na história que registramos sobre os circuitos de rua na cidade de São Paulo, procuro relatar de forma não cabal e definitiva a trajetória de pesquisas e caminhadas empreendidas durante quase duas décadas. O tema do consumo de drogas ilícitas tem desde ações e operações repressivas realizadas nos espaços urbanos uma trajetória que registra, desde as primeiras ações - tal como ocorreu em relação ao uso de drogas como

a cocaína injetável, que levou a conflitos, prisões e disputas jurídicas até a edição do Decreto nº 42.927, de 13 de março de 1998, regulamentando a Lei nº 9.758 de 17 de setembro de 1997 (35), que autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis no Estado de São Paulo - até o que, chamamos de “fetiche político do crack” a partir do final dos anos 1990, destacando-se as ações repressivas do Estado sobre as populações pobres e itinerantes na região central da cidade de São Paulo.

O crack passou a ser sinônimo da vida nas ruas, das populações de rua, tornando-se o grande fetiche do que chamei de “miséria política brasileira” (1). O uso do crack seria sempre precedido de um fetiche muito além de seu fetiche como mercadoria que se incorpora a uma economia da vida nas ruas; o uso e a venda, mesmo de uma única pedra, possibilitam temporalidades, lazer e sobrevivência. O crack, como um fetiche político, seria responsável pelas ações magistras desempenhadas pelo Estado com estratégias semelhantes a de uma limpeza urbana, disposta a varrer dos espaços de concentração das populações de rua e do uso público das drogas, lixo acumulado, prédios inteiros, pessoas, seus cães, na tentativa de eliminá-los da visibilidade pública.

Esse fetiche político comporia um jogo de forças formado entre uma trama de instituições e agentes sociais e de saúde do Estado, polícias e de organizações como o Primeiro Comando da Capital (PCC), formando uma dinâmica entre a região central e as periferias da cidade, onde a região central se destaca pela ambiguidade da própria exposição pública em áreas de fronteiras, pela existência de espaços urbanos nos quais historicamente conviviam a Polícia e as atividades ilegais. A visibilidade pública desses espaços construiu uma espécie de zona relativamente protegida em oposição às “quebradas” da periferia, onde os acertos de contas seriam menos visíveis. Assim, apreendi que os fatos ocorridos na região central da cidade acabavam por ter uma repercussão diferente dos ocorridos nas periferias onde as mortes são silenciadas, onde a referência ao poço se dá em uma geografia de galpões abandonados à margem da estrada de ferro, lugares insólitos e onde o atear fogo faz alusão a ataques que passaram a ser registrados nas últimas décadas a pessoas que viviam nas ruas e passaram a ter repercussão midiática.

Nessas discussões e em vários textos que procuraram produzir sobre as cenas públicas de uso da droga cocaína/crack na paulistana, tiveram entrada por uma Antropologia Urbana, ou uma “antropologia da cidade”, a possibilidade de dar conta desse universo a partir da história desse “pedaço”, ao mesmo tempo em que localizava o uso exposto de uma droga ilícita e os participantes desse uso (chamados de usuários), como um fenômeno urbano a ser compreendido e um fenômeno urbano, ao mesmo tempo, próprio da cidade de São Paulo, com suas dinâmicas e suas intervenções político-repressivas sobre essa população. Muito do que se produziu sobre a grande cena pública do uso de drogas paulistana, assim, vinculou-se a esse campo da reflexão sobre o urbano, sobre a cidade e suas políticas de segregação onde, de outra parte, a reflexão e a “mídiatização” passaram a construir e “petrificar” a imagem do crack como a mais perigosa das drogas, a mais imoral e demoníaca causadora de um vício incontrolável, representada nos corpos em movimento presentes nesse espaço.

Da reflexão sobre as ruas e as cidades, é importante registrar que a construção realizada por vários atores sociais que culminou com a incorporação das populações em situação de rua como um dispositivo (18) que convergia, junto com outros setores da sociedade brasileira, em uma política de construção de direitos, acabou sendo matizada, nos últimos anos, quase como sinônimo do termo biomédico que expressa uma compreensão restrita e tendenciosa do consumo de drogas no cenário contemporâneo: o termo “dependentes químicos”. Sobejamente veiculado pela imprensa, reforçou a exposição dos corpos dos usuários a uma rejeição do espaço das ruas, pois essa representava a presença de corpos que, em seus marcadores, traziam a identidade dos corpos da periferia, ou da pobreza, da precariedade, ou de, como maravilhosamente chamou Taniele Rui, de “corpos abjetos” (34).

Nos últimos anos, acabei entrando em contato com uma literatura antropológica e nela fui descobrir trabalhos como os de Ingold (29), que deram suporte ao incômodo com a Saúde Pública e a naturalização do campo biomédico que se restringe à noção de organismo isolado do mundo, assim como da relação entre a agência da droga sobre esse organismo. A partir da leitura que fiz de Tim Ingold (29), criei uma chave para

a leitura crítica da abordagem biomédica, que pode ser constituída na conclusão de que não há “seres vivos”, mas sim “seres que estão na vida”. Este pressuposto, na esteira de uma abordagem crítica presente também na abordagem fenomenológica que inspira textos clássicos, como os de Canguilhem (11), e suas premissas, tais como não se ditar normas científicas à vida, passando até as críticas às biopolíticas.

O tema das drogas é sensível a uma releitura de um conceito central da obra de Michel Foucault: os dispositivos e a produção de “verdades” (26). Pois a proliferação cada vez mais intensa dos discursos de “verdade” sobre a vida, baseados em pressupostos que articulam noções biológicas com interpretações da sociedade e das populações, constituem atualmente o campo das drogas, restritivamente dado aos psicoativos ilícitos. A esse dispositivo se agrega outra noção também de inspiração foucaultiana que é o biopoder, hoje melhor traduzido pelo termo “biopolítica”, que à luz de campos de conhecimento contemporâneos como o estudo do genoma, associado, a partir dessa conjunção, às noções de risco a segmentos específicos das populações e também sob a forma de diagnósticos, passam a se incorporar às subjetividades, tornando os sujeitos dependentes das ações biomédicas e, inclusive, em um sentido mais amplo, à proliferação de discursos médicos sobre os riscos, sobre a vida e a longevidade. Assim, comportamentos, hábitos e desejos passam a ser geridos por normas alimentares, medicamentos para comportamentos considerados eufóricos ou depressivos, também procurando controlar emoções e desejos. Os psicofármacos, ou seja, as drogas que são interpretadas e refinadas de acordo com o pressuposto dos estudos genômicos teriam aí um papel central na gestão dos sentidos do corpo e dos desejos, que passam a ser administrados pelos profissionais biomédicos especializados.

Destaca-se que a grande maioria das pessoas que fazem uso de uma droga – legal ou ilegal –, o faz em um contexto de diversidade de usos e não estabelece relações de problemas com esse uso. Nas Ciências Sociais, estudos clássicos com os de Howard Becker (7) falam do aprendizado de uso, do uso controlado e da relação do uso com o contexto dos usuários, problematizando a relação direta e mecânica entre uso de drogas e violência. Para além de um dissenso existente dentro das próprias instituições que hegemonicamente tomam o uso de droga como um pro-

blema, os resultados de campo, ou das cenas de rua nas quais adentramos, mostram que estamos lidando com questões muito mais complexas, como acusação, exclusão e encarceramento de uma parte da população de cidadãos e cidadãs brasileiras, a opressão de uma parcela significativa de jovens e adultos jovens que passam a ser destituídos de direitos e pensados como seres que devem ser retirados da visibilidade das ruas e trancados em instituições.

Considerações finais

Convém ressaltar aqui, parafraseando Selma Lima da Silva (28), que o uso de drogas não deve ser pensado apenas em seus aspectos farmacológicos ou epidemiológicos, como tem sido a tônica de grande parte dos trabalhos produzidos, mas também deve ser levar em consideração os fatores farmacológicos relacionados à sua atuação no organismo, o estado psíquico de quem as utiliza e o contexto sociocultural onde ocorre tal utilização (32).

O efeito do uso de crack é performado/mediado pelo uso problemático que alguns indivíduos apresentam e foi reforçado com base na imagem de indivíduos que estavam marginalizados socialmente e, em sua maioria, em cenas públicas. O crack, desde suas primeiras aparições no cenário mundial, teve repercussões na mídia como o responsável por problemas sociais, mas apesar de atingir pessoas que já estavam nessa situação, atribuía-se à substância o poder de deixá-las em tal condição.

Assim, é importante atentar para o fato de que não existe um único, mas diversos usos de drogas, e levar em conta as diferenças e multiplicidades dos indivíduos e o significado que atribuem a esse uso. Os estudos de natureza qualitativa, como os antropológicos, constituem um referencial teórico/instrumental adequado para essa investigação, mas tal forma de abordagem ainda é bastante incipiente no Brasil, principalmente, no que se refere ao uso controlado de drogas.

No caso do lugar, falamos da rua e do uso desafiador e da resistência em cena pública frente à ação do Estado, em que constatamos que a construção do “problema do crack”, quer como de ordem de Saúde Públi-

ca, quer como de ordem médico-psiquiátrico e de segurança, quer como problema das Ciências Sociais, terminou por direcionar o olhar para uma única forma de uso, o uso problemático e o feito em espaços públicos por pessoas que já estavam vivendo nas margens do Estado (17) e exercendo atividades nas fronteiras da legalidade e da ilegalidade em que o uso e a venda de drogas, assim como as demais atividades desenvolvidas por quem vive e/ou garante seu sustento nas ruas, se enquadram (18, 22, 30).

Sobre a prática do uso de drogas pesa julgamento moral e estigmatizante. E o crack, da mesma maneira, tido como um tipo de consumo feito por pessoas que estão socialmente excluídas, é visto ora como um problema Saúde Pública, ora como uma questão de segurança pública. A visibilidade do consumo de crack dada pela exposição de seu uso em espaços públicos reforça o estigma e alimenta a ideia de descontrole e de impossibilidade de autonomia por parte do usuário frente ao uso e à própria vida.

Ao falar e escrever em instituições que posso chamar de fronteiriças da saúde – as instituições de Saúde Pública/Coletiva – passamos pelos problemas típicos dos campos de fronteira que têm dentro de si uma cisão que, a cada momento e conjuntura, passam a ser negociadas. e que, por se tratarem de ser campos de fronteira, têm, por um lado, um território hegemônico que é o campo biomédico e, por outro, espaços para o discurso dos direitos humanos, de políticas mais igualitárias, da multidisciplinaridade. Todos esses temas acabam por adquirir um sentido técnico e teleológico – direitos humanos, desigualdades, etc, que melhoraram os indicadores de saúde da população, programas de renda (como o Bolsa Família) passam, então a ser pesquisados a partir da correlação estatística que são considerados como passíveis de promover a melhoria da incidência ou da prevalência de determinadas doenças e diagnósticos padronizados. Nesse mesmo campo, posso registrar o trabalho de Mariana Martinez (25) sobre um programa exemplar de “redução de danos” vinculado a uma política municipal de saúde considerada exemplar dentro do campo da Saúde Coletiva. A autora cita “usuários” que passavam a ser alvo incessante da busca que os agentes de saúde do consultório de rua faziam para capturá-los e a cuidar-lhes, como se fossem agora peixes enredados em uma rede para serem colocados em um criadouro.

Por um lado, há hoje uma multiplicidade de ações no campo das drogas, algumas mais próximas de uma racionalidade e intervenção médico-sanitária, outras mais centradas em abordagens da Psicologia e Psicanálise, outras mais políticas e militantes de direitos, etc.

Para o que cabe aqui finalizar, é que o exercício da rua é pleno de um exercício das emoções, sensações e das parcerias intersubjetivas que possibilita realizar. No horizonte dessas relações há o desafio permanente de lidar com sujeitos autônomos em qualquer situação de classe, raça-etnia, gênero, sexualidade – para referir os marcadores sociais de diferença mais mobilizados nos próprios discursos fronteiriços da Saúde Coletiva –, ou seja, o desafio de preservar a autonomia e considerar que usos, prazeres, modos de vida dizem respeito ao direito à intimidade (4), talvez o lado mais sensível e mais invisível da esfera de direitos.

Referências

1. ADORNO, R.C.F. A produção das cracolândias: razões de mercado, pânico moral e elogio da violência – a epidemia de uma miséria política brasileira. In FERNANDEZ, O.F.R.L.; ANDRADE, M.M., NERY FILHO, A. **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: ABRAMD/Edufba, 2015.
2. ADORNO, R.C.F. RUI, T.; SILVA, S.L.; MALVASI, P.A.; VASCONCELLOS, M.P.; GOMES, B.G. et al. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano [Ethnography of Crackland: notes about a research in urban territory]. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Florianópolis, v.4, n.2, p.04-13, 2013.
3. ADORNO, R.C.F.; VASCONCELLOS, M.P.; ALVARENGA, A.T. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.1, p.86-94, 2011.
4. ADORNO, R C F. Os imponderáveis circuitos dos vulneráveis cidadãos: trajetórias de crianças e jovens das classes populares. In LERNER, J. (org.). **Cidadania verso e reverso**. São Paulo: Imprensa Oficial, p.93-109,1987;

5. ARENDT, H. **A vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
6. BEAUCHESNE, L. **Legalizar as drogas: para melhor prevenir os abusos**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2015.
7. BECKER, H.S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
8. BENJAMIN; W. **Paris a capital do século XIX**. Editora Ática, São Paulo, 1985.
9. BOURGOIS, P. **In search of respect: selling crack in el barrio**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
10. CAIMI, C.L.; DOS SANTOS GOMES, M. A cidade-texto e a crítica-poética: notas sobre Rua de mão única. **FronteiraZ**, São Paulo, n.10, p.233-247, 2013.
11. CANGUILHEM, G. **Lo normal y lo patológico**. México: Ed. Siglo XXI, 1986.
12. CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Rev. Outubro**, v.6, n.6, p.115-28, 2002.
13. CARVALHO ROCHA, A.L.; ECKERT, C. **O tempo e a cidade**. Porto alegre: editora da UFRGS, 2005
14. CÔRTEZ, M.M.P. **O diabo e a fluoxetina**. [Tese]. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, 2012.
15. COSTA, D.C.R. **A rua em movimento – experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. [Tese]. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
16. CRUZ, N.L.M.C. **Clonazepam um campeão de vendas no Brasil, por quê?** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina Preventiva. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2016.
17. DAS, V; POOLE, D. El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. **Cuadernos de Antropología Social**, Buenos Aires, v. 27, p.19-52. 2008
18. DE LUCCA, D. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2007.

19. ECKERT, C.; DA ROCHA, A.L.C. Etnografia de rua: estudo de antropologia urbana. **Iluminuras**, Porto Alegre, v.4, n.7, 2003.
20. EPELE, M. **Sujetar por la herida**: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós, 2010.
21. ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Calpe, 2008.
22. FARMER, P. **An Anthropology of structural violence**. **Current Anthropology**, Chicago, n.45, p. 305-325, 2004.
23. FELTRAN, G.S. O legítimo em disputa: As fronteiras do “mundo do crime” nas periferias de São Paulo. **Dilemas: Rev. Est. Confl. Contr. Soc.**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.93-148, 2008.
24. FERNANDES, L. Territórios da heroína: a propósito da heroína, Lisboa como território psicotrópico nos anos 90. **Toxicodependências**, Lisboa, v.9, n.3, p.93-96, 2003.
25. FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1982c. 152 p.
26. FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
27. GODOY, M. Cracolândia: A culpa é dos subordinados – **Alckmin, Kasab e comando da PM não sabiam de início de ação na cracolândia**. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 7 jan 2012. (on line). Disponível em <http://www.viomundo.com.br/politica/cracolandia-a-culpa-e-dos-subordinados.html>. Acesso em
28. GOMES, B.R.; ADORNO, R.C.F. Tornar-se “noia”: trajetória e sofrimento social nos “usos de crack” no centro de São Paulo. **Etnográfica**. **Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, Lisboa, v.15, n.3, p. 569-586, 2011.
29. INGOLD, T. **Being Alive: essays on movement, knowledge and description** Londres, Routledge, 2011
30. KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M.M. **Social suffering**. Berkley: Univ. of California Press, 1997.
31. LABATE, B.C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

32. MARTINEZ, M.M. **Redes do cuidado**: etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Carlos. São Carlos 2015.
33. ROSEMBERG, F. O discurso sobre crianças de rua na década de 80. Temas em Debate, **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.87, p.71-81.. Disponível em: <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/700.pdf>.
34. RUI, T.C. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. [Tese]. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.
35. SÃO PAULO (estado). **Decreto nº 42.927** – regulamenta a Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997. São Paulo: Gabinete do Governador, 13 mar 1998.
36. SAVIANO, R. **Zerozerozero**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
37. SILVA, S.L. **A exposição e a invisibilidade: percursos e percalços por Lisboa e São Paulo nas narrativas dos usos e dos controles do uso do crack**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo 2017.
38. SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In VELHO, G. **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.
39. TELLES, V.S.; HIRATA, D.V. Cidade e práticas urbanas: nas fronteiras incertas entre o ilegal, o informal e o ilícito. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v.21, n.61, p.173-191, 2007.
40. VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. LABATE, B.C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUEF, 2008. P.41-64.
41. ZINBERG, N. **Drug, set and setting**. New Haven: Yale University Press; 1984.



A ONU e o Sistema Internacional de Proibição das Drogas¹

Paulo Pereira

Resumo:

O texto aborda a dinâmica internacional das drogas ilícitas, analisando a evolução e a atualidade do sistema de proibição estruturado e legitimado pela ONU, a partir do histórico das principais convenções internacionais. São debatidos os três principais

¹ Agradeço a Maria Etelvina Reis de Toledo Barros (Telva), pela aula "Paradigma proibicionista e o sistema ONU", ministrada durante o curso de extensão "Perspectivas para Além do Proibicionismo: Drogas e Sociedade Contemporânea", realizado pelo GEDS - Grupo de Estudos Drogas e Sociedade, no Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2015, além da disponibilização de material bibliográfico e da revisão feita neste capítulo.

órgãos que gerenciam esse sistema globalmente: a The Commission on Narcotic Drugs, a International Narcotics Control Board e o United Nations Office of Drugs and Crime. Aponta que tal construção foi liderada pelas principais potências mundiais, englobando também interesses públicos e privados de diversos atores e encontra-se em processo de transformação, frente ao questionamento da efetividade da “guerra às drogas”, à emergência de novos protagonistas do proibicionismo, bem como às iniciativas pioneiras na regulação do mercado da cannabis que vem surgindo.

Introdução

No Brasil, o escasso debate público sobre o tema das drogas consideradas atualmente ilegais, tais como a maconha e a cocaína, tende a se centrar, a grosso modo, em três principais dimensões: a individual, a local e a nacional. Essas dimensões se expressam nas posições de candidatos a cargos públicos e nas discussões e decisões do poder executivo, legislativo e judiciário, na mídia de massas - em programas de TV e notícias jornalísticas que exploram tragédias humanas e expõem o seletivo controle policial sobre jovens negros nos bairros periféricos das grandes metrópoles - e mesmo em discussões cotidianas entre conhecidos, familiares ou amigos.

Apesar da importância clara dessas dimensões para a compreensão do multifacetado tema das drogas, este cenário expressa uma lacuna relevante de outra dimensão fundamental que até recentemente estava relegada a uma virtual ausência: a internacional (15, p.145).

Impressiona o quão despercebido pode passar o “internacional” no debate, apesar da sua relevância em cada uma das situações cotidianas que vivenciamos ou nas histórias relacionadas ao tema das drogas que nos chegam. A globalização, a liberalização econômica e as novas tecnologias amplificaram de maneira determinante as dinâmicas internacionais (19). Observando com o devido cuidado, saltam aos olhos os seus fragmentos presentes em cada uma das “cracolândias” espalhadas pelo país, nas chacinas que ocorreram na região de Guáira, em Osasco, na comunidade de Vigário Geral e em tantos outros lugares, também na bala perdida que matou a mulher que voltava do trabalho em Salvador, no vi-

zinho que foi preso por cultivar maconha em Porto Alegre, no colega que vendia cocaína numa faculdade de elite de Brasília, no irmão que está internado por uso problemático de drogas, em você, em mim e em todas as outras pessoas que usaram drogas ilícitas em algum momento da vida.

A única exceção a esta ausência, ou seja, o único aspecto internacional que, eventualmente, surge neste debate, diz respeito à ameaça representada pelas drogas produzidas em países estrangeiros e que cruzam as fronteiras nacionais, tendo como base a ação organizada de grupos criminosos.

Meu intuito neste capítulo, no entanto, é explorar outro lado do internacional, glamourizado, institucionalizado e legal. Este outro lado é representado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e o seu sistema internacional de proibição das drogas, estruturado e legitimado ao longo dos últimos 70 anos. Tal construção institucional exerce pressão sobre as nações com o sentido de obrigá-las a se adequar às normas de comportamento estabelecidas internacionalmente, utilizando como pressuposto a concepção de que as drogas são um perigo para a humanidade.

Os Estados membros da ONU e signatários das convenções internacionais sobre as drogas têm um papel fundamental na manutenção ou transformação deste sistema. As posições que advogam, por sua vez, constroem-se a partir de uma série de fatores e atores. Existe uma constante barganha entre interesses de diferentes grupos sociais. Concorrem, neste emaranhado, atores domésticos e transnacionais, governamentais e da sociedade civil, cada qual com recursos próprios de poder. No tema das drogas, tem particular importância, por exemplo, as multinacionais de medicamentos, empresas de segurança privadas, agências governamentais de policiamento, *Think Thanks*, instituições religiosas, militares, organizações da sociedade civil, movimentos sociais, entre outros.

O resultado deste processo torna-se a base para a negociação entre os Estados, que ocorre dentro e fora dos fóruns internacionais a partir de uma distribuição desigual de poder econômico e político. Por isso, as principais potências internacionais têm maior capacidade de influenciar as decisões tomadas neste âmbito.

Para atingir os propósitos destacados este capítulo está dividido em três partes. Na primeira delas contextualizo o atual sistema internacio-

nal de proibição das drogas, remontando a evolução e característica dos principais mecanismos internacionais que o definem. Na segunda parte, apresento a sua estrutura institucional, destacando as principais agências da ONU que mantêm o funcionamento deste sistema, além de suas ambiguidades e embates. Por fim, concluo o texto retomando as dinâmicas relevantes apontadas e vinculando-as aos debates atuais sobre a política internacional das drogas.

Os alicerces do sistema internacional de proibição das drogas

Por mais surpreendente que pareça, até o final do século XIX, a cocaína, o ópio e a maconha eram consumidos livremente em diversas sociedades ao redor do mundo, seja para fins medicinais, religiosos ou simplesmente como prática hedonista, pelo seu uso recreativo (7, p.51). Assim, foi preciso uma grande transformação ao longo do século XX para que hoje virtualmente todos os países do mundo criminalizem essas e tantas outras drogas, em maior ou menor medida, despejando o seu instrumental coercitivo sobre os seus produtores, comerciantes e consumidores.

O paradigma que explica esta transformação, convencionalmente designado pelo termo proibicionismo, surgiu ao longo do último século. Ele prevê um controle estrito do Estado, pautado no sistema de justiça criminal, sobre um conjunto de substâncias psicoativas. Ao estabelecer limites para os usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas, tal perspectiva promoveu a criminalização de práticas e incentivou a violência do Estado (8, p.9). Seu surgimento foi resultado da confluência de percepções, interesses comerciais e noções morais dos setores dominantes no sistema internacional, em particular nos Estados Unidos (1, p.38).

De fato, apesar das drogas já terem sido um tema de atrito entre os Estados durante as Guerras do Ópio do século XIX, a ascensão dos Estados Unidos como grande potência nas primeiras décadas do século XX foi determinante para promover o seu enquadramento internacional. O país teve papel protagonista no controle global das drogas desde as primeiras iniciativas multilaterais, ou seja, acordadas e assinadas por mais de

dois Estados; enquadramento iniciado pelo controle do ópio na década de 1910.

Foi em 1912 que tomou corpo o primeiro documento para o controle internacional das drogas. A Convenção Internacional do Ópio, ocorrida em Haia, previa a regulamentação da produção e comercialização da morfina, da heroína e da cocaína (17, p.28). Este tratado gestado em 1909, na Conferência de Xangai, se constituiu como uma resposta a demandas de grupos da sociedade norte-americana.

Desde o final do século XIX os Estados Unidos estavam em um intenso processo de industrialização e buscavam ampliar seu mercado consumidor internacionalmente, especialmente para o Oriente. Para os comerciantes norte-americanos, ávidos pelo ingresso no mercado chinês, o comércio de ópio praticado pela Inglaterra nessa região dificultava essa entrada. Pela perspectiva deste grupo capitalista, com o domínio do comércio do ópio restava pouco espaço para a venda de outros produtos, que não encontravam demanda (17, p.27).

Domesticamente, crescia dentro dos Estados Unidos movimentos antidrogas, principalmente religiosos. O processo de urbanização e o decorrente êxodo rural do período tiveram como consequência o inchaço das cidades, criando novos dilemas de organização social em comunidades que se formavam a partir de uma religiosidade protestante tradicional. Neste contexto, a questão moral ganhou um importante papel ordenador por um prisma conservador (18, p.475), propagado por grupos como a *American Temperance Society*, que pregava a abstinência do uso de álcool e outras drogas.

São expressão também deste momento as primeiras leis estaduais proibitivas nos territórios norte-americanos: contra o ópio, que data de 1870; contra a cocaína, que data de 1900 e contra a *cannabis*, em 1910. Em 1914 foi aprovada a *Harrison Narcotics Tax Act*, a primeira lei federal de controle das drogas nos Estados Unidos (17, p.36), até então iniciativas restritas em âmbito municipal e estadual. Além disso, neste período, o mais importante modelo proibicionista foi inaugurado também no país com a Lei Seca de 1919, que, a partir da 18ª emenda constitucional, tornava ilegal a fabricação, o transporte e a venda de bebidas alcoólicas. O fracasso da experiência e a revogação de tal emenda em 1933 não evitou

que esse modelo fosse implantado internacionalmente nos anos posteriores para controlar outras drogas nos Estados Unidos e também em outros países.

Deve-se levar em conta que a emergência de legislações nacionais e normas internacionais para o controle das drogas no início do século XX foi, também, em parte, uma resposta aos desenvolvimentos na tecnologia de produção das drogas, que possibilitaram isolar a morfina e a heroína a partir do ópio, bem como a cocaína a partir da planta de coca. A criação e aperfeiçoamento da injeção hipodérmica e mais uma série de transformações e descobertas científicas emergiram juntamente com a regulamentação da profissão médica, com a ampliação dos interesses comerciais das companhias farmacêuticas e das empresas produtoras de drogas, bem como com a multiplicação dos usuários recreativos destas substâncias (1, p.39). A esses fatos se somava a evolução exponencial de toda uma rede de organismos internacionais dos mais variados tipos, destinada a regulamentar questões técnicas e políticas entre os Estados (9), facilitando a formação de um sistema internacional para a discussão e regulação das drogas. Este sistema internacional de proibição das drogas adotou como principais linhas de ação a interdição de certas substâncias psicoativas e a promoção da cooperação entre os Estados com vistas à padronização de suas legislações e medidas de policiamento (26).

A Convenção Internacional do Ópio de 1912, assinada primeiramente por não mais do que dez países, ganhou maior aderência com a sua incorporação pelos tratados de paz de Versalhes, em 1919, e pela Liga das Nações, em 1920. A aceitação e a promoção da proibição e criminalização das drogas no mundo só se expandiram nos anos posteriores, evidenciada pela criação de novas convenções que tinham por objetivo aumentar a quantidade de drogas proscritas e especificar procedimentos de controle e novas obrigações dos Estados partes (7). Nesta trama, destaca-se a Convenção Internacional do Ópio de 1925, a primeira estabelecida já sob a Liga das Nações, que definiu procedimentos para determinar as drogas que deveriam ou não ser classificadas como perigosas e, portanto, sujeitas aos controles internacionais. O órgão responsável por esta classificação foi o Comitê da Saúde da Liga das Nações, que inseriu, pela primeira vez, as folhas da planta de coca (matéria prima da cocaína) e a ma-

conha (designada na convenção como *indian hemp*) como substâncias para controle estrito (3, p.90-91). Dado que estas duas drogas se tornaram as mais consumidas em todo o mundo, com um correspondente mercado ilegal extremamente lucrativo, as políticas destinadas à sua interdição geraram repercussões sociais e políticas problemáticas. Tanto obrigaram a alocação de enormes quantidades de recursos públicos necessários ao seu combate, quanto incentivaram a violência estatal, gerando perda de vidas humanas, e provocaram embates entre os países considerados produtores e os considerados consumidores destas substâncias.

A ONU, criada em 1945 das ruínas da Liga das Nações e da destruição causada pelas duas guerras mundiais, assumiu a responsabilidade internacional pelo controle das drogas e passou a adensar o número de acordos internacionais (15, p.146). Com isso, por volta de 1960, estavam em vigor seis diferentes tratados de controle de drogas e três protocolos que detalhavam vários aspectos desse controle. Esse emaranhado estabelecia uma rede de obrigações complexas entre os Estados, permeada de brechas e limitações (3, p.93). Para superar esses problemas e avançar um sistema universal de controle das drogas, a ONU fundiu todas essas normas pregressas em uma convenção, realizada em 1961, intitulada Convenção Única sobre Drogas Narcóticas, em vigor até hoje (7). Esse instrumento representava, para muitos dos promotores e participantes do encontro, o resultado de 50 anos de progresso no campo do controle internacional das drogas; ao mesmo tempo em que promovia a universalização do regime de controle, ao construir um documental aceitável por grande parte dos países (17, p. 211).

As principais orientações já presentes nos tratados anteriores foram mantidas, tais como os controles de demanda e circulação das drogas consideradas perigosas e destinadas exclusivamente ao uso médico e científico. Além disso, os Estados foram obrigados a estabelecer procedimentos para o licenciamento de fabricantes, comerciantes e distribuidores destas mesmas substâncias. Com isso, segundo McAllister (17, p.208), os representantes governamentais se mantiveram como o centro do processo decisório sobre os temas mais fundamentais relacionados às drogas, circundados (ou sitiados) pelos interesses farmacêuticos e pelos especialistas médicos, que continuaram a agir como consultores. Clara-

mente, a nova convenção não alterou qualquer aspecto da estrutura que vinha se montando nas décadas anteriores, pautada essencialmente pela lógica de mercado.

As duas convenções posteriores que estruturam o atual sistema internacional de proibição das drogas, junto à Convenção Única de 1961, foram: a Convenção das Nações Unidas sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

A primeira delas teve o sentido de ampliar o controle internacional das drogas designadas como psicotrópicas (17), que, à época, era extremamente limitado (22, p.60). Em linhas gerais, foi uma resposta ao aumento do consumo destas substâncias na Europa e nos Estados Unidos, seja pelo contexto da Guerra do Vietnã e pelas mudanças socioculturais advindas dos movimentos de contracultura dos anos 1960 e dos movimentos políticos de 1968.

As substâncias psicotrópicas foram divididas, por meio desta convenção, em dois grupos. Em um grupo, foram listadas as drogas alucinógenas (como o LSD), sobre as quais recaíram normas estritas de controle. No outro grupo, foi alocado um grande número de estimulantes com base em anfetaminas, barbitúricos e outros tipos de ansiolíticos, analgésicos e antidepressivos - substâncias muito mais utilizadas e rentáveis - às quais foram aplicadas limitações consideravelmente mais fracas para o comércio (17, p.234). A diferenciação dos grupos foi realizada por meio do estabelecimento de uma escala de quatro níveis relativas à pretensa periculosidade de cada droga psicotrópica para os indivíduos e para as sociedades. Com relação a esse aspecto, chama a atenção a pretensão da convenção de manter sob controle “as alterações de pensamento, comportamento, percepção e humor” que poderiam ocorrer nos indivíduos com o uso dessas substâncias (26, p.2).

Os dois pilares do controle de drogas estabelecidos em 1961 e 1971 (31) eram vistos, especialmente pelos Estados Unidos, como inadequados para lidar com o tráfico internacional de drogas moderno, dado que estavam principalmente focados em controlar a produção de drogas ilícitas, visando prevenir o seu desvio para o mercado ilegal local e não global (3, p.102). De fato, à época, o aumento do consumo e comércio de dro-

gas ilícitas havia se ampliado internacionalmente, criando um mercado milionário operado por grupos de crime organizado com capacidade de violência e grande acesso às estruturas judiciais e legislativas de vários países. São dessa época os conhecidos Cartel de Cali e Cartel de Medellín, operados a partir da Colômbia e percebidos como ameaça local e regional a vários países (22, p.67).

Por essa razão, a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, o terceiro pilar do atual sistema internacional de proibição das drogas, diferentemente das duas convenções precedentes, tinha o sentido de obrigar os Estados partes a tornarem a produção, comércio e consumo das drogas e dos precursores químicos necessários para a sua produção uma “ofensa criminal” nas suas legislações nacionais (32, p.3). Ao mesmo tempo, estabeleceu mecanismos para coibir os grupos que se beneficiavam do comércio ilegal destas mesmas substâncias controladas. Ou seja, primeiro, criminalizava certas práticas e, depois, buscava combater o principal resultado desta criminalização, qual seja, o mercado ilegal e os grupos que o operam. Esta dinâmica evidencia que zonas de ambiguidade e de completa ilegalidade são criadas a partir da própria lei do Estado (10, p.1). Assim, ao invés de proscrever condutas dos atores sociais, a lei tende a estruturar um espaço de criminalização afeito à corrupção e à violência estatal.

A Convenção de 1988, neste sentido, traz vários dispositivos que até hoje estruturam a maneira pela qual os Estados cooperam e combatem os grupos de tráfico de drogas. Por um lado, assume o pressuposto de que o tráfico de drogas é uma atividade criminal de caráter internacional que demanda “urgente atenção e a mais alta prioridade”, já que “fragiliza economias e ameaça a estabilidade, segurança e soberania dos Estados” (32, p.1). Por outro lado, propõe mecanismos de ação coercitiva pautados na cooperação entre os Estados, muitos deles controversos e que geraram usos questionáveis ao longo dos anos, tais como a identificação, bloqueio e confisco de produtos e bens advindos do tráfico de drogas, a facilitação do processo de extradição e a regulamentação da prática da “entrega vi-giada” (32, p.11). Essa convenção também incentivou a cooperação entre órgãos de policiamento e a obrigação dos Estados partes de impedir os

cultivos ilícitos e erradicar plantas contendo substâncias proscritas e cultivadas de maneira ilegal, como ocorre com a papoula, o arbusto de coca e a planta da *cannabis* (8, p.14).

Os três tratados internacionais citados transformaram-se em uma quase unanimidade internacional, possivelmente a maior da história, visto que tipos completamente antagônicos de países apoiaram os mesmos princípios proibicionistas para se lidar com as drogas: democracias e autocracias, comunistas e capitalistas, colonialistas e ex-colônias, religiosos e seculares. Em 2015, as três convenções contavam com a adesão de praticamente todos os Estados membros da ONU (cerca de 95% deles), com exceção de alguns países de menor expressão internacional (como Guiné Equatorial, Kiribati, Tuvalu). Por isso, é possível afirmar que a proibição das drogas foi uma das políticas internacionais mais amplamente aceitas, reputáveis e legitimadas de todo o século XX (15, p.147), apesar de não ter alcançado, após mais de 50 anos, os resultados pretendidos.

Em resumo, de acordo com Brewley-Taylor (5, p.49), é possível dizer que o sistema de controle das drogas baseado em tratados consolidou internacionalmente dois princípios interconectados: a crença de que a melhor maneira de reduzir os problemas causados pelo uso de drogas ilícitas é minimizar a escala do seu mercado e que isso pode ser obtido através de medidas proibicionistas orientadas para conter a oferta, da produção ao tráfico (8).

As agências da ONU e a política internacional das drogas

No âmbito das Nações Unidas atuam três importantes agências responsáveis por operacionalizar as normas internacionais de proibição das drogas: *The Commission on Narcotic Drugs* (CND), a *International Narcotics Control Board* (INCB), também denominada Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) e o *United Nations Office of Drugs and Crime* (UNODC).

A CND conta com 53 membros (17), sendo todos Estados partes da ONU e da Convenção Única de 1961. Desde 1946, data da sua criação como

uma das comissões técnicas do *United Nations Economic and Social Council* (ECOSOC), é o principal órgão de elaboração das políticas internacionais para as drogas. Um de seus papéis fundamentais é o de decidir, a partir dos princípios dos tratados de 1961, 1971 e 1988 e com a assessoria da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da INCB, os requisitos científicos e médicos para alocar ou retirar certas substâncias do controle internacional, sejam elas psicoativas ou precursores químicos (4, p.424).

Desde 1991, a CND também coordena o UNODC, com a responsabilidade de aprovar o seu orçamento anual, ancorado no Fundo das Nações Unidas para o Programa Internacional de Controle de Drogas, que funciona desde 1971. Vale notar que tal fundo representa o total de recursos disponíveis para as políticas de controle de drogas no mundo e depende quase totalmente de contribuições voluntárias dos países. No biênio 2014-2015, por exemplo, somente 11,7% do orçamento do fundo (cujo total foi cerca de US\$ 760 milhões) adveio do orçamento regular da ONU (22). Sendo assim, desde a sua criação, o fundo reflete a distribuição de poder e interesses das potências que mais contribuem financeiramente (5, p.429). Há cerca de 15 anos, praticamente 100% do fundo era mantido por países europeus e, principalmente, pelos Estados Unidos. Esse quadro se alterou recentemente, desde 2014, quando esses países passaram a ser responsáveis por apenas 60% das contribuições e o restante passou a advir dos chamados “doadores emergentes”, a maioria deles com projetos pré-determinados (21). A contribuição australiana de 2012-2013, exemplo, foi direcionada a capacitar seus vizinhos na medição e análise de drogas ilícitas sintéticas; a contribuição colombiana, por sua vez, financiou projetos de monitoramento de cultivos ilícitos e de assessoria jurídica, cujo principal foco é o próprio país (22).

A indicação do secretário executivo da UNODC, por sua vez, tende a refletir os interesses dos principais países doadores. Atualmente, a Rússia, um dos maiores deles e que adota uma das políticas mais repressivas com relação às drogas, coordena a instituição na figura de Yuri Fedotov.

Já a UNODC, criada em 1997, tem a função principal de apoiar os Estados membros no combate às drogas ilícitas. Para tanto, confere auxílio na elaboração de projetos de cooperação técnica, produção de pesquisas e análises, além de apoiar a ratificação e implementação dos tratados

internacionais. A vinculação entre drogas e crime, marcada na própria designação do escritório, expõe uma perspectiva de controle coercitivo em relação ao assunto em detrimento de outras abordagens. Essa característica é herança dos órgãos que lhe deram origem: o *United Nations International Drugs Control Programme* (UNDCP) e o *Centre for International Crime Prevention* (CICP) e ganha mais ressonância quando consideramos que o escritório tem investido atualmente também em ações de combate a grupos terroristas, assumindo que o mercado ilegal das drogas lhes possibilita a obtenção de ganhos financeiros para conduzir atividades (23).

É possível interpretar, no sentido contrário ao usual, que os programas globais da UNODC contra o crime transnacional e o terrorismo são minados pelo sistema internacional de proibição das drogas da própria ONU, uma vez que ele cria um mercado ilegal milionário, quiçá bilionário (17, p.427) e mantenedor destes grupos ilegais e suas práticas. Este entendimento alternativo, no entanto, não é o que prevalece atualmente.

O terceiro principal órgão do sistema internacional de proibição das drogas, a INCB, foi criado em 1968, seguindo a disposição de um artigo da Convenção Única de 1961, e mesclando dois órgãos anteriores que remontavam à década de 1920 (9). Suas principais funções são certificar que haja oferta adequada de drogas disponíveis para os usos médicos e científicos nos países, bem como a seus percussores químicos e evitar o seu descaminho. Neste contexto, a INCB tem a responsabilidade de identificar fraquezas no sistema de controle nacional e internacional de drogas e propor correções aos governos, individualmente, e a CND, recomendando, inclusive, que novas substâncias sejam colocadas sob controle internacional.

Para tal reponsabilidade, a INCB atua com treze membros eleitos pelo ECOSOC, escolhidos em função do seu “conhecimento, competência, imparcialidade e sua postura desinteressada”. O grupo serve ao órgão de maneira autônoma em relação aos interesses governamentais, com autodesignação de “órgão técnico independente e quase judicial” (11), o que possibilitaria, a princípio, vê-lo como um contraponto ou, ao menos, como uma linha média em relação às políticas proibicionistas encampadas pela UNODC e pelo CND. No entanto, seu histórico alinhado a es-

tes órgãos e às políticas de proibição das drogas demonstra o contrário, levantando questionamentos sobre a sua legitimidade como um comitê assessor imparcial e que poderia ter o relevante papel de propor alternativas à política internacional sobre as drogas adotada pela ONU (2, p.2).

Entre 1948 e 1999, com o papel decisivo da OMS e de um grupo de especialistas médicos, o número de drogas narcóticas sob controle internacional aumentou de 18 para 118 e o de substâncias psicoativas aumentou de 32 para 111. Nos últimos anos o número de substâncias controladas continua aumentando, gerando dúvidas sobre a viabilidade deste tipo de mecanismo de restrição. Atualmente, as substâncias narcóticas sob controle internacional somam 120, sendo principalmente produtos naturais, como o ópio e seus derivados, a *cannabis* e a folha de coca, mas também há drogas sintéticas, como a metadona e a petidina. O número de substâncias psicotrópicas, por sua vez, é ainda maior (130), e suas características variam de estimulantes do sistema nervoso central até sedativos hipnóticos e alucinógenos (12).

Diferentemente do que muitas vezes se supõe, nenhuma das drogas listadas pelo CND, com a consultoria e apoio da INCB e da OMS, foram algum dia qualificadas como ilegais (13, p.5), uma vez que não há mandatos internacionais que lhes preveja tal autoridade. De maneira objetiva, as drogas listas pela CND colocam sob um rigoroso e intenso controle a produção e o comércio de um conjunto de substâncias, impedimento qualquer uso que não seja estritamente médico e científico. O resultado prático desta lógica, no entanto, são leis nacionais na maioria dos países que criminalizam um espectro enorme de práticas relacionadas a estas drogas, inclusive os seus usos recreativos, e impõem controles pelos sistemas de justiça criminal, provocando o aumento do encarceramento por todo o mundo (20).

Os órgãos da ONU citados e suas agências subsidiárias organizam encontros principais, intermediários, preparatórios, especiais e regionais, compondo um grande número de reuniões e documentos. Deste vasto conjunto, vale a pena destacar dois produtos. O primeiro deles é o *World Drug Report*, documento elaborado desde 1997 pela UNODC que fornece um panorama geral sobre a situação das drogas no mundo, seus mercados (da produção ao tráfico de drogas), incluindo o seu consumo. Os

dados deste relatório são fornecidos pelos próprios Estados a partir do *Annual Reports Questionnaire* (ARQ), cujas métricas seguem a perspectiva de proibição e da repressão às drogas que permeia a ONU, destacando informações sobre o número de pessoas presas e processadas por envolvimento com a produção e comércio das drogas ilegais e seus percursores químicos, a quantidade de drogas apreendidas, área de cultivo e produtividade das plantações ilegais, bem como de sua erradicação, quantidade de extraditados por crimes relacionados às drogas, comparação entre a prevalência do uso de drogas entre os países, além de diversas outras (27) - dados que são foco de razoável controvérsia (9).

A segunda atividade relevante é a Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas (UNGASS) sobre o tema das drogas, organizada pela CND a partir da demanda da Assembleia Geral da ONU, que tem adquirido grande relevância para os debates mais atuais e sensíveis sobre o assunto. Já foram realizadas três UNGASS sobre drogas (1990, 1998 e 2016) (5), onde os Estados partes da ONU debateram e acordaram metas a serem atingidas no nível internacional, produzindo declarações com orientações que devem guiar a atuação dos órgãos da ONU, bem como a elaboração de políticas nacionais desses Estados.

As duas primeiras UNGASS seguiram a mesma orientação proibicionista, em termos gerais, expressa em trechos dos seus documentos oficiais, tais como: “proteger a humanidade do flagelo do abuso de drogas e do tráfico ilícito”, “eliminar ou reduzir significativamente o mercado global de drogas ilícitas” e “um mundo sem drogas é possível” (14). A reunião realizada em 2009 produziu o documento *Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem* (28) de avaliação e acompanhamento das metas definidas na UNGASS anterior de 1998. Contrariando as perspectivas mais progressistas em relação ao tema, o texto manteve a mesma pretensão de extinção mundial das drogas ilícitas, ampliando por dez anos o prazo para a consecução deste objetivo. Tal orientação se repete em diferentes documentos elaborados pela ONU desde a Convenção Única de 1961, que estabelecia um prazo de 25 anos para todos os países do mundo abolirem a mastigação da folha de coca e o uso da *cannabis*.

Por demanda de alguns presidentes latino-americanos, a UNGASS prevista para 2019 foi antecipada para 2016, alegando-se a urgência de se discutir a política internacional das drogas. As críticas advindas deste grupo de políticos se pautavam na rigidez da orientação internacional proibicionista, que estaria apresentando poucos ou nenhum resultado positivo, bem como no crescimento constante de casos de violência policial, corrupção e desrespeito aos direitos humanos, cujos exemplos mais latentes eram vistos em países como o México e a Colômbia. Por outro lado, exigia a discussão sobre as inovações revolucionárias adotadas em algumas sociedades e que apontavam estratégias alternativas ao proibicionismo, tais como as experiências de regulamentação do mercado da *cannabis*, inclusive para uso recreativo, no Uruguai e em um conjunto de estados norte-americanos (3).

No entanto, apesar da grande expectativa pela redefinição de rumos da política internacional das drogas durante a UNGASS 2016, houve pouco avanço e o ganho obtido foi essencialmente simbólico. Quase nada do documento final expressa a necessidade de flexibilização das convenções da ONU para possibilitar a implementação de políticas alternativas. Tampouco foi enfrentado o tema da pena de morte ou outras punições violentas aplicadas a crimes relacionados às drogas, uma demanda dos grupos da sociedade civil organizada que buscaram influenciar, sem grande êxito, nos rumos do evento.

Na mesma expressão deste incômodo com as perspectivas represivas, há que se ter em conta o surgimento de algumas fissuras no sistema de proibição adotados pela ONU e suas agências, tal como aponta Bewley-Taylor (4). Segundo este autor há, ao menos, quatro áreas em que é possível identificar tais contradições: nos sistemas de jurisdição e soberania; nos direitos humanos; na promoção de solução para problemas econômicos, sociais e de saúde; e na manutenção da segurança e da paz.

Essas contradições fizeram que a UNODC, por exemplo, já manifestasse que o sistema de controle internacional das drogas apresenta muitos resultados problemáticos não intencionais, tal como o encarceramento em massa. O debate realizado na 52ª Sessão da CND em 2008, que resultou no documento *Making Drug Control 'Fit for Purpose'* (29), também aponta para a necessidade de “humanizar o regime de controle

de drogas”, a partir de uma perspectiva menos repressiva e mais focada em saúde e desenvolvimento (13, p.12-13). Da mesma forma, o documento *From coercion to cohesion: Treating Drug Dependence Through Health Care, Not Punishment* (30), elaborado pela Divisão de Saúde e Prevenção de Drogas do UNODC em 2009, aponta para a mesma direção. As discussões sobre políticas de “redução de danos”, que propõe uma abordagem que minimize os danos sociais e os danos à saúde dos indivíduos que estão associados ao uso de drogas, ganharam alguma voz, mesmo que tímida, dentro do sistema ONU.

Se a preocupação com o tema da saúde encontra algum eco no sistema de controle de drogas da ONU, o mesmo não pode ser dito sobre a discussão sobre descriminalização do uso de drogas. É muito raro identificar alguma iniciativa neste sentido advinda das agências da ONU. Quando há, é rapidamente abafada ou reinterpretada, como ocorreu com o documento escrito em 2015 pela Chefe da seção HIV/AIDS da UNODC de Viena, Mônica Beg, para uma conferência sobre redução de danos que ocorreu na Malásia. O texto recomendava aos membros da ONU considerar a descriminalização das drogas para consumo pessoal, afirmando que a “prisão e o encarceramento eram medidas desproporcionais” (6).

Outras agências e organizações da ONU, tais como *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), a OMS, o Conselho de Direitos Humanos (CDH) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (23), tem tido algum papel em questionar a perspectiva criminal assumida pelo CND, pela UNODC e pelo INCB ao longo dos anos, porém ainda sem conseguir substancial mudanças em suas políticas.

Conclusões

O século XX foi o palco do desenvolvimento do sistema internacional de proibição das drogas que vigora atualmente via ONU e afeta diretamente a vida de praticamente todas as pessoas do mundo, dada a amplitude dos tratados internacionais e a introdução de uma legislação proibicionista e criminal pela imensa maioria dos países.

A ONU, no entanto, apesar de ter tido uma função fundamental na evolução deste sistema, não pode ser vista como a única responsável pela sua existência. Sem o apoio das quase duas centenas de governos ao redor do mundo, o projeto político proibicionista não teria resistido, mesmo que a maior potência internacional dos últimos 70 anos, os Estados Unidos, tenham-no incentivado de maneira enfática. Esses governos, com seus grupos dominantes, identificaram a proibição das drogas como convergentes com diversos dos seus interesses, particularmente o de controlar as parcelas marginalizadas das suas populações. Isso garantiu a manutenção do modelo, ainda que não tenha garantido a sua efetividade, já que os dados sobre produção, comércio e consumo das drogas proibidas nos últimos 55 anos indicam um aumento constante e sem perspectiva de diminuição (22).

Ao longo deste capítulo, expus a maneira pela qual se estruturou historicamente os pilares do sistema internacional de proibição das drogas, as convenções internacionais da ONU de 1961, 1971 e 1988. Também sistematizei os principais órgãos da ONU que visam operacionalizar as diretrizes conferidas por estas convenções, basicamente a CND, a INCB e a UNODC. Tanto na primeira, quanto na segunda parte do texto tento matizar esta narrativa linear de desenvolvimento, explicitando alguns aspectos da política internacional dos Estados e fazendo alguma menção ao vasto conjunto de atores sociais que atuam doméstica e internacionalmente com o tema. Deve-se ter em conta que, apesar de trabalhados de maneira genérica neste texto, toda esta miríade de grupos organizados é relevante para a manutenção ou transformação do *status quo* internacional de combate às drogas (1, p.19).

Tal dinâmica de atores e interesses faz com que o sistema internacional de proibição das drogas não seja estático e esteja, no momento atual, passando por importantes transformações, mesmo que ainda sejam subterrâneas ao átrio dos grandes fóruns da ONU, como a UNGASS ocorrida em 2016. A compreensão sobre o atual sistema internacional de proibição das drogas passa pela compreensão de seus processos históricos. Neles, é possível encontrar as chaves explicativas para o entendimento sobre as transformações que se avizinham. O internacional, por sua vez, geralmente apresentado de maneira extrema, oscilando entre a completa

irrelevância e a mais alta importância, deve encontrar o seu lugar de explicação em uma linha média.

É verdade que hoje, no dia a dia de bilhões de pessoas, pouco se coloca no horizonte a possibilidade de mudança do *status quo* proibicionista. A própria imaginação se vê paralisada frente ao desafio de se pensar um mundo diferente neste quesito. Assim, tendemos a assumir a proibição como um dado de realidade, inquestionável, e seguimos em frente. No entanto, a balança de poder expressa no tema das drogas parece estar em transformação. A esse respeito, compete ao observador definir o papel da crise vivenciada pelos Estados Unidos em relação às políticas de proibição da *cannabis*, da importância de novos atores proibicionistas no cenário internacional, tais como a Rússia e a China, do advento da experiência Uruguaia com a regulação nacional da *cannabis*, da proposta de descriminalização das drogas para consumo pessoal, como em Portugal, da reafirmação das legislações que preveem pena de morte para crimes relacionados às drogas, como na Indonésia, das diversas experiências de redução de danos em países europeus, do questionamento da “guerra às drogas” por parte de diversos países latino-americanos e de um sem número de experiências que ainda estão por surgir nos próximos anos.

Referências

1. ANDREAS, P.; NADELMANN, E. **Policing the globe: criminalization and crime control in international relations**. Oxford: Oxford University Press, 2006.
2. ARMENTA, A.; JELSMA, M. **The UN Drug Control Conventions**. A Primer. (On-line) Transnational Institute. 08 Outubro 2015. Disponível em: <https://www.tni.org/files/publication-downloads/primer_unconventions_24102015.pdf>.
3. BENTHAM, M. **The politics of drug control**. London: Palgrave Macmillan, 1998.
4. BEWLEY-TAYLOR, D.R. Emerging policy contradictions between the United Nations drug control system and the core values of the Uni-

- ted Nations. **International Journal of Drug Policy**, London, n.16, p.423-431, 2005.
5. BEWLEY-TAYLOR, D.R. The Contemporary International Drug Control System: A History of the UNGASS Decade. In COLLINS, J. (ed.). **Governing the global drug wars**. London: LSE IDEAS Special Report, 2012.
 6. EASTON, M. UN attempt to decriminalise drugs foiled. London: BBC News, 19 out 2015. (On-line). Disponível em: <www.bbc.com/news/uk-34571609>.
 7. ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Ed. Espasa, 2005.
 8. FIORE, M. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos** (CEBRAP), São Paulo, v.92, p.9-21, 2012.
 9. HERZ, M.; HOFFMANN, A. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2004.
 10. HEYMANN, M.J.; SMART, A. (comp.). **States and illegal practices**. Berg: Oxford and New York; 1999.
 11. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Mandate and Functions**. (On-line). Disponível em: <<https://www.incb.org/incb/en/about/mandate-functions.html>>.
 12. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Psychotropic substances**. (On-line). Disponível em: <<https://www.incb.org/incb/fr/psychotropic-substances/index.html>>
 13. JELSMA, M. The development of international drug control: lessons learned and strategic challenges for the future. In. GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICIES, **Global commission on drug policies, 2011**. (On line). Disponível em: <https://www.tni.org/files/The%20Development%20of%20International%20Drug%20Control_M.Jelsma2011.pdf>.
 14. KRASNER. S. Causas estruturais e consequências dos regimes internacionais: regimes como variáveis intervenientes. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.20, n.42, p.93-110, 2012.
 15. LEVINE, H.G. Global drug prohibition: its uses and crises. **International Journal of Drug Policy**, London, v.14, p.145-153, 2008.

16. MARTINA, M. Drug policy and development. **International Drug Policy Consortium Briefing Paper**. Outubro, 2010. Disponível em: <<http://www.countthecosts.org/sites/default/files/Drug%20policy%20and%20development.pdf>>.
17. MCALLISTER, W. **Drug diplomacy in the twentieth century**. New York: Routledge, 2000.
18. MORISON, S.E.; COMMAGER, H.S. **História dos Estados Unidos da América**. Tomo II. São Paulo: Edições Melhoramentos, s.d.
19. NAÍM, M. **Ilícito**: o ataque da pirataria, da lavagem de dinheiro e do tráfico à economia global. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.
20. PENAL REFORM INTERNATIONAL. **Global prison trends 2015**. London: 2015. Disponível em: <<https://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/04/PRI-Prisons-global-trends-report-LR.pdf>>.
21. THE ECONOMIST. **The new drug warriors**. (On line). London, 2 de Maio 2015. Disponível em: <<http://www.economist.com/news/international/21650104-one-side-world-softens-its-line-against-illegal-drugs-another-getting>>.
22. THE GUARDIAN. Global illicit drug users to rise 25% by 2050, says UN. **The Guardian**, London, 26 jun 2012. (On-line). Disponível em: <<https://www.theguardian.com/society/2012/jun/26/global-drug-users-rise-un>>.
23. THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **A century of international drug control**. (On-line). Vienna, 2008. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/centuryDrugcontrol_E_PRINT.pdf>.
24. THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Funds and Partners**. (On-line). Vienna. Disponível em: <http://globalsummitryproject.com.s197331.gridserver.com/archive/commission_on_narcotic_drugs/>.
25. THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **The United Nations Office on drugs and crime and terrorism prevention. (On-line)**. Disponível em: <www.unodc.org/unodc/en/terrorism/>.

26. THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2015.** (On-line). Vienna, 2015. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2015/>>.
27. THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2016.** (On-line). Vienna, 2016. Disponível em: <<http://www.unodc.org/wdr2016/>>.
28. UNITED NATIONS OFFICE OF DRUGS AND CRIME (UNODC). **Political declaration and plan of action on international cooperation towards an Integrated and balanced strategy to counter the world drug problem.** Vienna, 2009. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>.
29. UNITED NATIONS OFFICE OF DRUGS AND CRIME (UNODC). **Making drug control 'Fit for purpose.'** Vienna, 2008. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_51/1_CRPs/E-CN7-2008-CRP17_E.pdf>.
30. UNITED NATIONS OFFICE OF DRUGS AND CRIME (UNODC). **From coercion to cohesion: treating drug dependence through health care, not punishment** – Discussion paper based on a scientific workshop. Vienna, 2009. Disponível em: <https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>.
31. UNITED NATIONS. **Convention on psychotropic substances.** Vienna, 1971. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>.
32. UNITED NATIONS. **United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances.** Vienna: 1988. (On-line). Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf>.



Drogas, Opressão Social e Racismo

Dennis de Oliveira

Resumo:

Discute-se como a questão da proibição e guerra às drogas faz parte de uma política de continuidade da segregação racial, que visa à sujeição das populações negras e sua associação com estados de marginalidade e desvio. Justifica o controle, a contenção e o encarceramento de negros numa política de guerra às drogas que encobre a opressão social, o racismo e as políticas repressivas.

Introdução

Abordar o problema das drogas ilícitas e do tráfico de drogas para além da perspectiva criminal e moralista é sempre um desafio. Os discursos, em maior ou menor grau, caem no erro de tratar este grave problema social nestas perspectivas. Em nome de uma pretensa moralidade – seja ela no sentido punitivo, de criminalizar aqueles que praticam comportamentos não assujeitados¹ à visão dominante; seja no sentido *assistencialista*, de olhar com pena e dó pessoas com este comportamento tido como desviante e motivador único dos demais problemas sociais – esconde-se uma questão de ordem política, que tangencia aspectos da geopolítica internacional, do sistema de reprodução do capital e de estruturas de poder.

E é exatamente nesta perspectiva que abordamos a questão, articulando com uma questão estrutural da sociedade brasileira que é o racismo.

Entendemos o racismo como uma dinâmica estrutural, pois ele está diretamente vinculado a configuração da sociedade de classes no Brasil. A transição do modo de produção escravista colonial para o capitalismo feito da metade para o final do século XIX foi realizada no sentido de constituir no país um capitalismo dependente, associado de forma subalterna ao capitalismo global, principalmente levando-se em conta que na Europa, o capital rapidamente se transfigurava para a sua fase imperialista (6, 10). Assim, ao contrário das revoluções burguesas no século XVIII na Europa, o que se observou no Brasil foi uma transição pelo alto, sem rupturas.

Moura chama a atenção que a abolição realizada em 1888 no Brasil foi hegemonizada pelas forças liberais diante da derrota pela brutal repressão dos movimentos abolicionistas protagonizados pelos próprios afrodescendentes, escravizados ou não (10). O temor de que houvesse no Brasil um processo semelhante ao que ocorreu no Haiti (uma revolta dos escravizados) levou setores dominantes a buscar o protagonismo no processo abolicionista, realizando-o *pari passu* com a disseminação

¹ Utilizo o termo “assujeitado” aqui fazendo referência ao conceito de interpelação e assujeitamento como definidores do que o filósofo Louis Althusser chama de *ideologia* (1).

de políticas de branqueamento da população (sustentadas pelas teorias “científicas” da eugenia, reconfiguradas no Brasil para práticas do *branqueamento*)^{II}.

Do ponto de vista societário, esta transição pelo alto constituiu a formação de um Estado capitalista com as seguintes bases:

1) concentração de renda e patrimônio:

A concentração do patrimônio se revela, primeiramente, na manutenção da estrutura fundiária do país, herdeira do período da colonização. Ao contrário de diversos países capitalistas centrais, a reforma agrária nunca foi realizada, mesmo sendo uma bandeira de ordem capitalista, pois se trata de uma democratização (e não *socialização*) da propriedade. Do ponto de vista econômico, isto ocorreu porque na divisão internacional do trabalho daquele período, coube ao Brasil o papel de fornecedor de matérias primas produzidas no esquema do *agrobusiness* – note-se que este modelo pouco se difere no período colonial. A produção em larga escala de alimentos, um dos princípios de uma reconfiguração da estrutura fundiária, possibilita uma redução no valor da mercadoria *força de trabalho*. Por que isto? Segundo a teoria marxista, a força de trabalho tem um valor equivalente ao necessário para a sua reprodução (sustento com alimentação, moradia, etc) visando a sua reprodução (das suas forças, da sua energia) para continuar produzindo.

Entretanto, no modelo capitalista brasileiro, este valor é reduzido ao máximo, principalmente pelo contexto de *superexploração da força de trabalho*. Este conceito de superexploração é típico em países de capitalismo dependente, como o Brasil^{III}, uma vez que a mais valia obtida nos processos de produção locais é repartida com a burguesia transnacional. Para que tal modelo de superexploração ocorra, é necessária a existência

II Dizemos “reconfiguradas” porque enquanto originalmente as teorias da eugenia pregavam a segregação racial como forma de manter a “pureza” da raça branca; no Brasil, diante de uma grande maioria da população composta por negros, a ideologia dominante pregava o “melhoramento” da raça por meio da mestiçagem e do branqueamento. O branqueamento também se manifestou pelas políticas oficiais de incentivo da imigração de europeus para ocupação dos postos de trabalho assalariados no lugar dos negros ex-escravizados. Tais teorias tinham um viés cientificista e eram amplamente discutidas nos espaços acadêmicos (13).

III O conceito de superexploração da força de trabalho é elaborado, principalmente, por Ruy Mauro Marini (8) e também abordado por Florestan Fernandes quando conceitua a ideia da existência no Brasil de uma burguesia “autocrática” (4).

de uma abundância de mão de obra disponível, um grande exército de reserva que funciona como elemento rebaixador do valor da mão de obra. E é nesta perspectiva que o racismo funciona como elemento central, à medida que, excluindo a negra e o negro do mercado formal de trabalho, cria um grande contingente de trabalhadores que, em busca da sua sobrevivência, se submete às piores condições de trabalho, desvalorizando na média o valor da mercadoria da *força de trabalho*.

2) *cidadania restrita*:

Uma das características das ordens societárias capitalistas liberais é a transfiguração da desigualdade de classes na dimensão econômica (na concepção marxiana, a existência de uma classe dominante que apropria o *mais valor* do produto do trabalho) em uma igualdade jurídica no campo político (*“todos são iguais, todos são cidadãos, perante a lei”*). Os direitos jurídicos são, então, estendidos a todos, vistos não como pertencentes a uma ou outra classe social, mas como “cidadãos”. É esta a interpelação política que o Estado capitalista faz. Nesta pactuação social, o Estado atua como um *terceiro* (9), como uma instituição aparentemente acima das distinções sociais e de classe, como árbitro, como mediador das relações político-jurídicas.

Neste sentido, a cidadania plena é típica dos ordenamentos capitalistas liberais. Entretanto, no modelo do capitalismo da superexploração como o brasileiro, a medida que o *racismo* atua como elemento estrutural para garantir o contexto da superexploração, a distinção do caráter humano é fundamental, daí que a cidadania não é universal, mas sim restrita (11). Direitos tipicamente de ordenamentos liberais, como educação universal, saúde pública, moradia, previdência, entre outros, são restringidos e justificados/legitimados por uma narrativa racista que elege uma tipologia ideal de “cidadão” distante da realidade da maioria da população. Com isto, os serviços públicos são restritos, as dotações orçamentárias para as áreas sociais são prejudicadas, entre outros. Os próprios órgãos públicos constituídos para garantir os direitos de cidadania são configurados de forma a não atender plenamente as demandas sociais. É daí que surge o que vários intelectuais negros chamam de *racismo institucional* (12).

3) *violência como práxis política central:*

Um ordenamento com estas características se mantém tendo a violência como práxis política central e não episódica. Vários teóricos do campo marxiano apontam que os aparelhos repressivos de Estado atuam como instrumentos auxiliares na manutenção da ordem que é garantida cotidianamente pelos aparelhos ideológicos, principalmente porque a repressão física é mais visível e, portanto, mais contestável que a violência ideológica, uma vez que ela desmonta o arcabouço da dualidade desigualdade social/igualdade jurídica (1).

Em um modelo de superexploração e de cidadania restrita, isto é relativizado. Nem todos são cidadãos, na acepção plena do termo. O racismo, como ideologia hierarquizadora da condição humana, sustenta uma concepção seletiva de cidadania a medida que responsabiliza o *não cidadão* pela sua condição de *não cidadania*. Sendo assim, não sendo cidadão e sendo um ser humano hierarquicamente inferiorizado, não pertencente ao “contrato social” liberal, negras e negros podem ser vítimas “legítimas” da violência.

Com isto, a democracia liberal em países como o Brasil é fragilizada, constantemente ameaçada por interrupções com ditaduras ou redução dos direitos democrático-liberais e civis. O Estado aqui, não atua apenas como um “terceiro” mediador dos conflitos, mas também como agente de manutenção deste ordenamento e desta segregação. As forças de repressão física não são mobilizadas apenas nos momentos em que o consenso ideológico falha, mas constantemente para manter os espaços de inclusão e exclusão intactos, bem como funciona como um elemento de dissuasão de eventuais práticas contestatórias. Há sempre um inimigo rondando o “cidadão de bem”. Faz-se necessário, assim, manter constantemente a sensação de perigo, de medo, de necessidade de uma força militarizada de proteção.

Drogas e capitalismo

Para o professor Osvaldo Coggiola (2), *“o tráfico de drogas foi sempre um negócio capitalista por ser organizado como uma empresa estimulada*

pelo lucro” (p.45). Ele afirma ainda que, à medida que a sua mercadoria é a “autodestruição” da pessoa, o consumo expressa a desmoralização de setores inteiros da sociedade.

Para além destas considerações de Coggiola, importa os dados que ele apresenta desta grande empresa capitalista (2):

- em 28/09/1989, foi feita uma apreensão de cocaína em Los Angeles, na ordem de US\$6 bilhões, uma cifra superior ao Produto Nacional Bruto de 100 estados soberanos;
- há uma nítida transfiguração de economias monoproductoras de matérias primas (portanto colocadas na base da divisão internacional do trabalho) em “narcoprodutoras”, uma vez que a produção de drogas nestes países cresceu justamente quando o preço das matérias primas despencou no mercado mundial de *commodities*: açúcar (-64%); café (-30%), algodão (-32%) e trigo (-17%) no final dos anos 1980 (p.45).

Outro dado importante referente ao tráfico internacional, é que ele mantém as hierarquias da divisão internacional do trabalho e da superexploração da mão de obra nos países de capitalismo dependente. Na América Latina, só reingressa de 2 a 4% dos US\$100 bilhões produzidos anualmente pela venda de cocaína nos Estados Unidos. A maior parte deste faturamento é incorporada pelos bancos responsáveis pela lavagem de dinheiro e, em uma parte menor, pelos cartéis responsáveis pela distribuição. A economia estadunidense recebe, em torno de US\$240 bilhões com a venda de componentes químicos destinados a preparação das drogas.

Diante disto, o porquê da política da “guerra às drogas”, transformado em mantra na política externa dos Estados Unidos?

Coggiola (2) e outros autores elencam alguns motivos:

1 - A repressão à produção de drogas na América Latina atua como uma “proteção” à produção de drogas no próprio território estadunidense, em particular, na Califórnia. Trata-se, portanto, de uma política de “substituição das importações”.

2 - A narcoeconomia é afetada pelos mesmos ciclos de superprodução de qualquer outro setor de produção econômica. Neste sentido, a repressão que ocorre de tempos em tempos atua como um elemento de

“controle” da produção, com o objetivo de manter os valores da mercadoria.

3 – O foco no consumidor de drogas, tratado como delinquente ou doente, afasta a discussão pública das estruturas de produção, dos recursos auferidos e dos mecanismos de controle do mercado. Enfim, colocada no campo do ilícito, do ilegal e do subterrâneo, a “narcoeconomia” não é submetida a uma discussão pública. Os dados referentes a este segmento são sempre estimados, a vinculação a determinados setores “legais” da economia, como o financeiro, não são explicitados, apesar de haver fortes indícios. Um dado significativo apresentado por Coggiola é o que mostra que os paraísos fiscais, operados pelos grandes bancos, lavam diariamente somas entre US\$160 e US\$400 bilhões.

O que se percebe, com estas informações é que há uma profunda ligação entre a economia “legal” do capitalismo e a economia “ilícita” do narcotráfico. Mais que ligação, uma simbiose, ou, mais ainda, que ambas fazem parte do mesmo sistema.

Drogas e biopoder

Retomando as características da ordem societária brasileira, como a questão das drogas se associa a ela, em especial ao racismo?

Defendo, aqui, que a política repressiva às drogas se insere em um modelo de *biopoder*, de configurar territórios de inclusão e exclusão, de definir classes “perigosas” e, portanto, manter as instituições de repressão permanentes na sociedade brasileira.

Segundo Foucault (5), a “*velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano*” (p. 131) será agora recoberta pela “*administração dos corpos (poder disciplinar) e pela gestão calculista da vida (biopoder)*” (p.152).

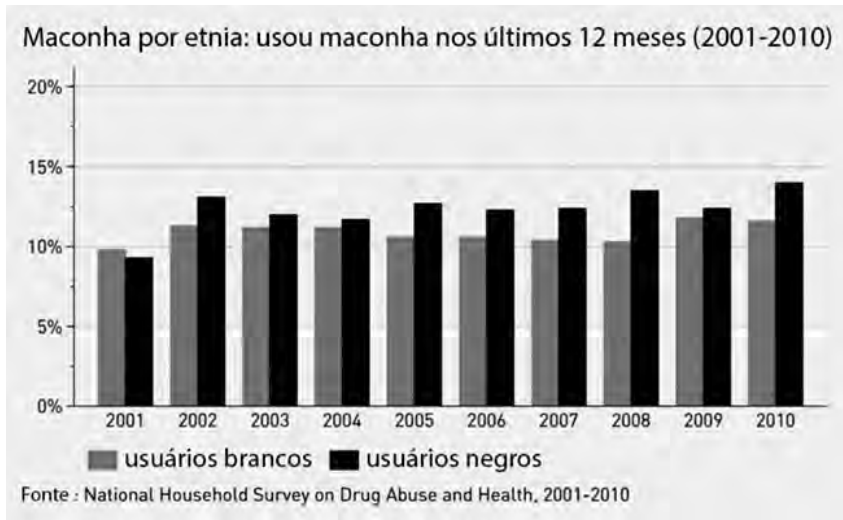
O primeiro aspecto que queremos abordar aqui é a narrativa de centralização na droga como o elemento causador de todos os males sociais. A desigualdade social, a desestruturação do tecido social, a violência, entre outros problemas, são atribuídos quase que exclusivamente ao problema do uso de drogas.

O neurocientista Carl Hart aborda isto na obra *Um Preço Muito Alto* (7). Trazendo sua experiência pessoal, vindo de uma família onde o pai era alcoolista, o autor demonstra que os problemas da sua família não eram produtos apenas do alcoolismo do seu pai, mas fundamentalmente do racismo estrutural. Afirma ele que “*como cientista, aprendi a desconfiar das causas atribuídas às dificuldades enfrentadas pela minha família, vivendo inicialmente numa comunidade operária e mais tarde numa comunidade pobre*” (p.25). Hart alerta que o problema da sua família não é a pobreza em si, mas a *pobreza causada pelo racismo*; assim, há uma inversão de sinais. O eventual problema de alcoolismo do seu pai não é a causa, mas sim a consequência de uma situação estrutural que está além dos comportamentos individuais teoricamente “desviantes” (7).

Diante disto, o que se tem é um desvelamento de como a política de “*guerra às drogas*” se insere na concepção de Estado autoritário e racista que se configurou nos Estados Unidos e foi incorporada pelo Brasil a partir do século XIX. A guerra às drogas serve para legitimar o aperfeiçoamento dos instrumentos repressivos que controlam os mecanismos de superexploração e, ao mesmo tempo, deslocam o foco do problema para o “consumidor de drogas”, visto tanto na perspectiva do delinquente (portanto, alvo de repressão), como de “doente ou coitado” (portanto, alvo de políticas públicas de intervenção e “recuperação”) – ambas colocadas no campo de comportamento desviante.

Observamos que a classificação de comportamentos desviantes e, portanto, alvo de intervenções e repressão, se manifesta pelos dados relativos a detenções por problemas das drogas.

Este primeiro gráfico mostra que o consumo de maconha entre brancos e negros é praticamente idêntico nos Estados Unidos.



Entretanto, neste segundo gráfico, fica nítida que a taxa de prisões por posse de maconha entre brancos e negros é absurdamente desigual.



No caso do Brasil, houve um crescimento significativo da população carcerária, a partir dos anos 1990. O país, hoje, tem a quarta maior população carcerária do mundo. Entre 1992 e 2013, o aumento de detidos foi

de 403%. O crime individual mais comum entre os detidos é o relacionado às drogas (26% no total, sendo 45% entre as mulheres e 24% dos homens). Negros e pardos correspondem a 60% dos detidos nesses crimes (3).

O foco da repressão fica muito nítido: apenas 10% dos crimes de homicídio no país são investigados e resolvidos (3). Diante disto, 42% da população carcerária brasileira responde por crimes não violentos. O foco da repressão, portanto não é a proteção da integridade da pessoa, mas a de reprimir comportamentos tidos como desviantes.

O custo da manutenção dos detidos por uso e comércio de drogas no Brasil é da ordem de mais de R\$6 bilhões anuais. Levando-se em conta que o sistema regressivo tributário brasileiro penaliza os mais pobres (portanto, a maioria negra), cria-se a situação ímpar, onde a população negra e pobre sustenta um sistema repressivo que se abate sobre ela mesma (3).

Considerações finais

Os vários estudos apontam para a não efetividade da política da guerra às drogas. Diante disto, dos seus evidentes fracassos, como se explica a sua manutenção?

Apresentamos aqui uma síntese das razões que explicam esse fenômeno:

1 – A política de guerra às drogas é um instrumento auxiliar na geopolítica do capitalismo atual, à medida que legitima as ações repressivas dos Estados Unidos sobre os países da América Latina;

2 – A política de guerra às drogas cria uma dimensão subterrânea de reprodução do capital, operada principalmente pelo sistema financeiro e pelos paraísos fiscais;

3 – A política de guerra às drogas desloca o foco de problemas estruturais da sociedade como o *racismo*, responsabilizando comportamentos individuais por problemas causados pela estrutura social;

4 – A política de guerra às drogas legitima a manutenção das instituições repressivas, fundamentais no ordenamento social do capitalismo dependente brasileiro;

5 – A política de guerra às drogas legitima a narrativa da ideologia racista, criando um elemento definidor dos territórios perigosos – a *periferia* –, onde se concentra a maioria da população negra, que, diante dos aparatos repressivos, precisaria ser “contida”.

Referências

1. ALHTUSSER, L. **Sobre a reprodução**. Petrópolis: Vozes, 1999.
2. COGGIOLA, O. O tráfico internacional de drogas e a influência do capitalismo. **Revista ADUSP**, n.7, p.44-51, 1996.
3. COSTA, J. Como a guerra às drogas alimenta o racismo no Brasil e no mundo?. **Paraíba.com.br**. (On-line). Disponível em: <<http://www.paraiba.com.br/2015/02/08/42465-como-a-guerra-as-drogas-alimenta-o-racismo-no-brasil-e-no-mundo>>.
4. FERNANDES, F. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
5. FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I: a vontade de saber**. Trad. Thereza Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
6. GORENDER, J. **O escravismo colonial**. São Paulo: Perseu Abramo, 2012.
7. HART, C. **Um preço muito alto**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
8. MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. *Petrópolis: Vozes*, 2000.
9. MASCARO, A. **Estado e forma política**. São Paulo: Boitempo, 2011.
10. MOURA, C. **Dialética Radical do Brasil Negro**. São Paulo: Anita, 2014.
11. MOURA, C. **O negro: de bom escravo a mau cidadão**. Porto Alegre: Conquista, 1977.
12. SANTOS, I. **Direitos humanos e a prática de racismo**. Brasília: BD, 2013.
13. SCHWARCZ, L. **O espetáculo das raças**. São Paulo: Cia das Letras, 1997.



Maconha e o Proibicionismo

Edward MacRae

Resumo

É discutida a política proibicionista e seus efeitos a partir da análise do caso da Cannabis no Brasil, que vem servindo mais ao controle social da população negra e sua marginalização do que a fins de saúde pública, embora tenha havido tentativas de mudanças nas legislações. Juntamente à discriminação de outros legados da cultura africana, a legislação de proibição da maconha tem promovido exclusão social, violência e estigmatização, além do encarceramento da população jovem, negra e pobre associada à condição de “traficante”.

Introdução

As políticas proibicionistas costumam se prestar a diversas finalidades, além das oficialmente proclamadas. Isso fica patente nas políticas sobre o uso de drogas e as alterações na legislação específica brasileira para tratar do assunto, ao longo do último século. Estas parecem respon-

der mais às suas funções de controle social do que à diminuição de uso, uma vez que este tem crescido continuamente e que hoje o tráfico de drogas é percebido como um dos principais problemas da segurança pública no Brasil. Isso fica bastante claro quando se pensa sobre os usos políticos da proscrição da maconha e suas consequências sociais.

Existem evidências de que desde a Alta Antiguidade e provavelmente desde o Neolítico, o ser humano vem fazendo uso da *cannabis* com os mais diversos propósitos. A antropóloga Vera Rubin considera que dois grandes complexos culturais se formaram ao seu redor: O “complexo da ganja” (de natureza *folk*, imemorial, para múltiplos usos e de traduções contínuas) e o “complexo da *marihuana*” (mais recente e originalmente disseminada entre grupos mais elitizados, antes de se difundir mais amplamente pelas sociedades contemporâneas). Nessa rubrica cabem os usos industriais do cânhamo e os lúdicos, desenvolvidos inicialmente por membros das elites artísticas europeias no séc. XIX e, posteriormente, pelos adeptos do psicodelismo da segunda metade da década de 1960 (10).

Uso e Legislações da Cannabis no Brasil

Entre nós, os dois complexos têm estado presentes. Primeiramente, desenvolveu-se o da “ganja”, associada à população de origem africana e indígena, envolvendo usos medicinais, lúdicos religiosos e até de resistência cultural. Assim, até quase o fim da década de 1960, o uso lúdico da *cannabis* era confinado às regiões e populações mais pobres e marginalizadas. Mas, no Brasil, encontra-se também o “complexo da *marihuana*”, abarcando tentativas frustradas, ainda nos períodos colonial e imperial, de cultivo em larga escala do cânhamo, assim como o uso medicinal de compostos de *cannabis* em remédios importados e receitados por médicos oficiais aos membros da elite até as primeiras décadas do século XX. Porém, seu principal exemplo é o uso da maconha por setores da juventude a partir das décadas de 1960 e 1970, inicialmente associado a uma contestação cultural do sistema ditatorial reinante, para, posteriormente, banalizar-se em um uso disseminado por todas as classes sociais, desprovido de significados políticos explícitos.

No início do século XX, o uso da *cannabis* era alvo de médicos eugenistas preocupados com a melhoria da “raça brasileira”. Assim, em 1916, José Rodrigues Doria já racializava a questão, referindo-se à origem africana do uso da maconha no Brasil e à “vingança dos vencidos”. No período em que escrevia, a mobilidade de ex-escravos para as cidades era vista, pela elite, como ameaçadora e a noção de raça passava a ter grande destaque. Doria, usando argumentos baseados nos valores de sua classe e nas categorias do evolucionismo cultural, assim como do racismo científico, propunha a proibição do comércio da planta e novas formas de vigilância sobre os seus usuários. De uma só vez, naturalizou o problema, elegeu um bode expiatório, sugeriu uma solução repressiva e apresentou um caminho legal para o acesso a esses indivíduos (11).

Como era a melhoria do contingente branco da população que interessava aos defensores de políticas eugenistas, os Decretos de 1921, que enumeravam as “substâncias venenosas” a serem proibidas ou controladas, foram elaborados pensando somente nos chamados “vícios elegantes”, que abarcavam o uso de ópio, morfina e cocaína. A maconha, considerada o “Ópio do Pobre”, foi deixada de lado (1, 8).

Mesmo assim, em 1924, o representante do Brasil na 2ª Conferência Internacional de Ópio, realizada pela Liga das Nações, em Genebra, Dr. Jarbas Pernambuco, defendeu a inclusão da *cannabis* nas discussões, por considerá-la “mais perigosa que o ópio”, contribuindo assim de forma relevante para a proibição de seu uso e comércio em nível mundial (7).

A atitude das autoridades brasileiras, quanto à repressão à maconha, mudou radicalmente em relação à indiferença anterior e a planta foi acrescentada ao rol de entorpecentes de venda banida no Brasil, em 1932, antes mesmo de ser proibida nos Estados Unidos. Dessa forma, fica evidente que o proibicionismo brasileiro não foi uma simples importação de modelos externos. Muitos fatores estiveram em jogo. Embora nos palcos internacionais organizava-se um movimento transnacional de guerra às drogas, capitaneada pela Liga das Nações Unidas e pelos Estados Unidos, esta tinha seus contrapontos nas demandas internas de controle social do governo Vargas. A campanha contra a maconha no Brasil fomentou a criação de um aparato legal que alcançaria maior desenvolvimento no decênio seguinte. Leis instituições e intercâmbios foram estabelecidos

durante esses anos, tomando a maconha como objeto privilegiado. A formação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), em 1936, e o estabelecimento, em 1946, do Convênio Interestadual da Maconha ensejaram a criação de uma burocracia nacional e unificada para lutar contra os entorpecentes (1). Sob pretexto de combater a maconha, desenvolviam-se ações de repressão voltadas aos locais de ajuntamento, trabalho e divertimento popular, afetando primordialmente a população negra e mestiça do Norte e Nordeste, conforme nos mostra o historiador Jorge Luz de Souza (11).

O chamado “diambismo” era visto como restrito a estratos populares, geralmente nordestinos negros e mestiços. Jorge Luz de Souza pesquisou indivíduos acusados de serem maconheiros nas décadas de 1940 e 1950, na Bahia, e constatou que estes pertenciam às categorias funcionais que se encontravam na linha de frente das manifestações e conflitos sociais, como: trabalhadores portuários, marítimos, gatunos, militantes contra a carestia, trabalhadores informais atingidos pelas operações de higienização urbana operadas em feiras livres e frequentadores dos locais de boemia (11).

O uso de maconha era considerado pela imprensa como coisa de “vagabundo e arruaceiro”. Isso afetou fortemente a maneira como a população passou a conceber essa prática, vinculando-a à “vagabundagem”, relação que persiste até hoje. Divulgava-se também uma série de características negativas que todos os usuários exibiriam. Para esse historiador, a criminalização da maconha na Bahia, além de servir como pretexto para o preconceito racial velado, contribuiu para o fortalecimento da discriminação de classe e se adequou muito bem aos planos de intervenção disciplinar no modo de vida dos estratos subalternos, tudo sob um pretexto salvacionista (6).

No decorrer da ditadura civil-militar (1964-85), outros grupos sociais também foram concebidos como ameaças ao sistema e seus valores conservadores sobre gênero, família e drogas (3) Após a derrota da luta armada, levada a frente por estudantes e outros jovens integrantes da classe média, seus pares passaram a desenvolver uma “contestação cultural”, através da qual desafiavam o moralismo propugnado pelo regime ditatorial, desenvolvendo padrões mais livres para a sexualidade, experi-

mentando drogas e se engajando em misticismos que fugiam dos padrões tradicionais cristãos, como o candomblé e o Santo Daime, ou adotando práticas espirituais orientais, como meditação, ioga e tai chi chuan.

A Lei de Entorpecentes de 1976 (3) foi elaborada com essa situação em vista. Ela não fazia nenhuma diferenciação entre as substâncias ilícitas e tampouco fazia distinção clara entre o uso e o tráfico de drogas. Modelada que era na Lei de Segurança Nacional, o arcabouço legal do sistema ditatorial militar de então, contribuiu para levar adiante a repressão da juventude contestadora, majoritariamente de classe média. Mais adiante, a situação seria agravada ao se classificar o tráfico como “crime hediondo”, em 1990 (4), o que permitiu a retirada de uma série de direitos de defesa dos acusados.

Passado o tempo, a adoção de um modelo econômico neoliberal acarretou o aumento da desigualdade e do sentimento de insegurança na sociedade brasileira. Nas zonas periféricas das cidades, o tráfico de drogas, principalmente de maconha e cocaína, se apresenta aos jovens despossuídos como uma das poucas possibilidades de acesso às benesses da sociedade de consumo e de conquista de status. Isso tem promovido um aumento nessa atividade comercial, na qual, muitas vezes, se associa a venda de maconha com a de cocaína ou crack. Frente à impossibilidade de se fazer qualquer regulamentação oficial desse tráfico, devido a sua ilicitude, só resta a violência, como maneira de resolver as disputas que surgem.

As áreas pobres são apresentadas pela imprensa e pelas autoridades como dominadas pelo narcotráfico, justificando-se, assim, ações repressivas do Estado na região. Problemas decorrentes dos desequilíbrios do modelo socioeconômico vigente são retratados pelos meios de comunicação como “guerra de narcotraficantes”. O Estado tem uma presença inconstante nessas regiões e primariamente voltada para a repressão. Isso acaba fomentando uma ampliação da desigualdade social ao contribuir para a estigmatização dos moradores dessas áreas, especialmente dos jovens e afrodescendentes, e não contribui para a sua pacificação. Porém, enquanto a demonização dos traficantes justifica as ações repressivas da polícia, a sociedade começou a perceber que aqueles que estavam sendo tomados por perigosos traficantes não passavam de meros usuários. Isso enfraqueceu a legitimidade da lei de 1976, cujos efeitos

passaram a sofrer severa crítica, especialmente quando os usuários presos eram jovens de classe média, não mais percebidos como ameaça à ordem estabelecida após a redemocratização.

Em 2006, foi sancionada a nova Lei de Drogas 11.343 (5), considerada mais adequada aos novos tempos. Em princípio ela visaria aperfeiçoar as políticas de prevenção ao uso de drogas, introduzir o conceito de redução de danos no tratamento dos usuários e diferenciar usuários dos traficantes, eliminando a pena de prisão para os primeiros e aumentando o rigor punitivo contra os últimos, entre outros propósitos declarados. Mas, a persistência de uma postura punitiva e a sua exacerbação, no caso do ‘traficante profissional’, acabaram por ter outros efeitos práticos, além dos supostamente almejados. Aumentou-se muito a penalização dos jovens recrutados para o serviço de venda de drogas, acarretando também em um recrudescimento da sua marginalização social.

A pesquisadora em direito, Luciana Boiteux realizou um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. Constatou que, após a vigência da nova lei, a maioria dos condenados por tráfico nas cidades pesquisadas eram ligados aos níveis hierárquicos inferiores e mais fracos do comércio de drogas ilícitas e em nada interferiam na sua estrutura final (2). Seus resultados apontam para uma seletividade do sistema penal em que a política de drogas atual acaba servindo para legitimar o tradicional modelo criminalizador da pobreza e da negritude no Brasil. Na prática, são os policiais os responsáveis pela montagem das provas a serem apresentadas nos processos, nos quais raramente são questionados em juízo, o que facilita e encoraja a atuação arbitrária dessas autoridades, frequentemente movidas por propósitos corruptos, ou simplesmente movidas por atitudes preconceituosas, especialmente em relação a raça e classe social. Assim, a autora constatou que a descriminalização do usuário (como tendem a ser classificados os réus de classe média) foi contrabalançada pela maior penalização do “traficante” (o jovem pobre, morador da periferia, negro ou mestiço), que continua a ser tratado como “bode expiatório” responsabilizado pela violência e pela falta de segurança. Deixa-se de enxergar a repressão como a principal fonte de conflito, embora o termo “inclusão social” seja utilizado várias vezes no texto legal.

No relatório final de sua pesquisa sobre tráfico de drogas, sob os princípios da Constituição Federal, Boiteux faz uma série de sugestões para melhorar a redação da atual lei de drogas brasileira, mas mesmo assim afirma (2):

“Porém, estas propostas são insuficientes, senão para reduzir um pouco os danos sociais – notadamente a superlotação carcerária –, e reforçar a ideia de liberdade e tolerância, além da razoabilidade e proporcionalidade violadas pelo modelo proibicionista, que precisa ser superado, por absoluta desumanidade, ineficiência na proteção da saúde individual e coletiva e inequidade, além de sua absoluta irracionalidade” (p.111).

Apesar de tais constatações, a postura proibicionista continua a constituir o senso comum da sociedade no que tange à questão das drogas; para tanto, contribuem de forma avassaladora as opiniões emitidas por membros do que Richard Bucher chamou de “máfia antidrogas”. Esse seria todo um setor de atividades voltadas à repressão, à prevenção e ao tratamento que, no final das contas, muitas vezes, tende a ter como seu principal objetivo a sua simples perpetuação e não a resolução dos problemas apontados (6). Somam-se a ele os meios de comunicação que, no afã de capturar um público com matérias fáceis e sensacionalistas, frequentemente cometem simplificações, distorções ou exageros em seus artigos sobre usuários e comerciantes de drogas, levando a sua demonização, a pânico morais e fomentando a adoção de políticas autoritárias que trazem pouca ou nenhuma melhoria para a sociedade.

Em relação à *cannabis*, desde a sua introdução na cultura alternativa e jovem ocorrida nas décadas de 1960 e 1970, tem-se perdido muito da lembrança do seu uso tradicional pela população afrodescendente em tempos anteriores. Persistem, porém, certos estigmas classistas e racistas. Perante o *boom* mais recente do uso da cocaína, por muito tempo considerada um costume de elite devido ao seu preço mais alto, a maconha às vezes é desprezada como “coisa de pobre”. Entre aqueles que desejam atribuir uma maior dignidade espiritual à planta, é também comum a opção pelo termo “canabis”, rejeitando-se termos tradicionais como “maconha”, “liamba” ou “diamba”, associados à marginalidade. Não por acaso,

porém, esses nomes são de origem africana: “maconha”, provindo do termo quimbundo *ma'kaña* e “liamba”, em si, uma palavra do quimbundo. Outro nome que deixa explícita a relação africana é “fumo de Angola”.

Considerações Finais

Torna-se urgente a reavaliação das atuais políticas proibicionistas desenvolvidas em torno da questão da *cannabis*. A continuada relevância política dessa questão é evidenciada pela verdadeira guerra de extermínio em curso, deflagrada contra a juventude pobre e negra das nossas cidades, sob a eterna justificativa de uma “guerra ao tráfico”. Deve-se também buscar promover uma nova compreensão das tentativas de desqualificação das contribuições de aspectos da cultura africana à nação brasileira, como ocorreu com as religiosidades, a música e a capoeira, cujo valor já começa a ser reconhecido. Lembremos também da importância da resistência cultural desenvolvida, ao longo do tempo, no uso da maconha, afinal, não é um acaso que o uso da maconha tem sido considerado “coisa de pobre e de maloqueiro”, situação em que definida para boa parte da população negra brasileira. O necessário é que isso deixe de ser considerado motivo de vergonha, assim como os outros legados africanos ao Brasil.

Este rápido relato da proibição da maconha, ao lado de outras drogas, no Brasil, pretende apontar para como, neste país, a proscrição do uso de substâncias psicoativas, ao invés de contribuir para a melhoria da saúde pública, tem servido primordialmente para o fortalecimento de todo um lucrativo setor de atividades voltadas à prevenção, ao tratamento e, principalmente, ao controle ou repressão de determinados segmentos sociais.

Referências

1. ADIALA, J. C. **O problema da maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. 52 ed. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1996. Série Estudos/IUPERJ, n.52.
2. BOITEUX, L. (Org.). **Tráfico de drogas e Constituição**: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no

- crime de tráfico de drogas. 1 ed. Brasília: UFRJ, UnB, 2009. Série Pensando o Direito, n. 1. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?>>.
3. BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm>.
 4. BRASIL. **Lei n. 8.072 de 25 e Julho de 1990.** Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm>.
 5. BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>.
 6. BUCHER, R. A função da droga no (dis)funcionamento da sociedade. In: **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS.** Brasília: Ed. UnB, 1996.
 7. CARLINI, E. A. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.55, n.4, p.314-317, 2006.
 8. CARNEIRO, B. H. S. Desvarios da Paulicéia: a vertigem dos venenos elegantes. SÃO PAULO. **Diário Oficial do Estado de São Paulo.** Seção Leitura. São Paulo: IMESP, 01 ago 1992, p. 6 – 7.
 9. COWAN, B. Homossexualidade, ideologia e “subversão” no regime militar. In: GREEN, J.; QUINALHA, R. (Orgs.). **Ditadura e homossexualidades: repressão, resistência e a busca da verdade.** São Carlos: EduFSCar, 2014. p.27-52.
 10. RUBIN, V. **Cannabis and culture.** The Hague: Mouton Publishers, 1975.
 11. SOUZA, J.E.L. **Sonhos da diamba: controles do cotidiano, uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano.** Salvador: EDUFBA, 2015.



Políticas de Drogas e Intersecções de Gênero, Raça e Sexualidade

Ilana Mountian

Resumo:

Este capítulo tem como objetivo levantar algumas questões chave em relação às políticas de drogas focando nas relações de gênero, sexualidade, raça, classe e idade. Para analisarmos as políticas atuais sobre drogas é importante trazer alguns elementos históricos da proibição das drogas, considerando o contexto social patriarcal e os conteúdos xenofóbicos, racistas e sexistas presentes nessas políticas.

Introdução

A regulação e proibição das drogas é um evento recente e, de fato, alguns autores apontam que esta proibição é um dos grandes marcadores nas formas contemporâneas de uso de drogas. Xiberras (52) aponta que a proibição das drogas diferencia as formas clássicas e modernas do uso de drogas. Nas formas clássicas, o uso de drogas não causava rejeição nas sociedades, sendo parte das tradições e práticas sociais. Enquanto que a forma moderna dessas práticas, dos últimos séculos, tem a desaprovação das autoridades e uma reação negativa do poder judicial, representando aqui uma mudança ideológica no entendimento de drogas.

Essa separação não se restringe apenas aos campos do jurídico, mas implicitamente trazem também a diferença discursiva entre as drogas que podem ser usadas e prescritas, e as drogas que são vistas como “drogas”, ou seja, as drogas ilegais (31, 44, 53). Nesse sentido, vale a pena apontar que as drogas psiquiátricas são prescritas e, muitas vezes, incentivadas, sendo as mulheres o grupo mais medicado.

Nesse campo, também se encontra a noção de droga dependência e drogadição, relativamente recente na história da Medicina (final do século XIX), que traz consigo elementos do campo moral. Lembrando que grupos antes tratados pela Igreja, começam a ser, na modernidade, tratados pela Psiquiatria, que adota, em muitos casos, procedimentos punitivos (32). Por isso, outro marco fundamental é a mudança do entendimento das drogas, enquanto substância de um uso habitual, para uma questão de doença mental (2). Nessa noção de doença mental, são comumente incorporadas ideias como falta de controle, emocionalidade, falta de produtividade, dependência, entre outras, que são, em diversos sentidos, também características atribuídas às mulheres. Aqui temos, assim, a “feminização” do usuário de drogas, por um lado, e por outro, o impacto dessas ideias também nas mulheres, como veremos.

Tais mudanças no entendimento das drogas, mais precisamente de hábito para doença mental e a mudança jurídica rumo à proibição das drogas, têm uma base moral específica. E nesse sentido, torna-se importante considerar que os discursos religiosos, e particularmente as tradições cristãs nas quais as drogas são vistas como substâncias demoníacas,

impuras e que devem ser extintas, quando não são usadas nos seus próprios rituais (12-14), como, por exemplo, o álcool que é entendido como “sangue de Cristo” em religiões cristãs.

Essas mudanças tiveram impacto direto na forma de entendimento e uso das drogas e, fundamentalmente, nas maneiras de cuidado de usuários de drogas e consequente criminalização dos envolvidos em seu mercado, culminando no super-encarceramento em massa e na violência dos envolvidos nesta “guerra contra as drogas”. Dessa forma, podemos levantar os principais pilares discursivos sobre drogas: o discurso médico, onde o uso de drogas é visto como doença mental, o jurídico, do crime, e os discursos religiosos, que veem o uso como pecado.

As drogas sempre foram utilizadas na história da humanidade para fins medicinais, recreativos, religiosos, como alimento, veneno, e outros (12-14). No entanto, torna-se fundamental a análise dos usos de drogas considerando os efeitos da proibição das drogas, que é saturada de discursos xenofóbicos, racistas e sexistas e como essas políticas atuais atingem de modo contundente os países produtores (42), a população negra e economicamente desfavorecida e as mulheres. Dessa forma, torna-se fundamental a análise sobre as políticas de drogas e a relação com gênero, sexualidade, raça e classe social. Para essa análise alguns aspectos históricos da proibição das drogas serão trazidos, considerando esses demarcadores sociais e os efeitos nas populações.

Elementos sobre a história da proibição das drogas à luz do feminismo e anti-racismo

A proibição das drogas é um evento recente (1961-1972), porém os movimentos para a regulação de drogas podem ser vistos, mais proeminentemente, desde o final do século XIX e início do século XX. A proibição deve ser vista considerando o estabelecimento do monopólio médico, a aliança entre o Estado e o campo jurídico e o apoio dos movimentos protestantes a esta, particularmente nos Estados Unidos.

Escohotado (13) apresenta cinco aspectos fundamentais para o contexto da proibição e controle das drogas: 1) o elemento religioso tra-

dicional (impureza); 2) as tensões sociais em relação às classes trabalhadoras (*working class*) e a industrialização (as drogas simbolizando grupos específicos como, os chineses, mexicanos e os negros); 3) o desenvolvimento da profissão médica; 4) o Estado assumindo funções antes realizadas pela sociedade civil; e 5) o conflito entre China e Inglaterra (que retoma estereótipos das relações coloniais). Incluo nessa análise, também, (6) as relações de gênero e intersecções de raça, classe e nação no controle e regulação das drogas, ressaltando aqui o medo das relações inter-raciais (elementos sexistas, xenofóbicos e racistas). Assim, é fundamental considerar os diversos elementos que compõe o cenário das políticas das drogas, dos níveis macro à herança moral destes e avaliar como essas políticas impactam em grupos minoritarizados.

Para entender a proibição mundial das drogas, é importante ressaltar o contexto social e os discursos vigentes. Para ilustrar essa atmosfera, é relevante olhar os discursos sobre o ópio na Inglaterra, onde, antes da regulamentação, usuários de ópio para fins medicinais e recreativos não eram vistos como “drogados” (2). Notícias do uso de ópio de forma recreativa, em particular pelas classes mais favorecidas economicamente, eram vistas como sensacionalistas, trazendo curiosidade. O ópio era usado nas casas das famílias proletárias (*working class*), principalmente como uma medicina importante para diversos fins.

Iniciativas de regulação e controle de uso de álcool dentre a classe trabalhadora começaram a surgir. Junto a elas, no final do século XIX, o conceito de adição em associação ao uso de drogas começa a ser desenvolvido e, aqui, é importante apontar o advento da seringa nesse contexto, o qual médicos apontavam que a morfina injetada poderia causar dependência particularmente em mulheres.

O uso medicinal de ópio era indicado para as demandas de mulheres, como dor menstrual, parto, além do uso paliativo para uma série de outras indicações. A morfina era indicada também para distúrbios psíquicos (*nervous disorder*), sendo que mulheres “histéricas” eram medicadas com a morfina injetável. É importante notar, que a noção de histeria já carrega em si elementos sexistas e preconceituosos, vindo daí a ideia de que as mulheres poderiam se automedicar e abusar da morfina, embora a maioria dos usuários dessa substância fossem homens.

No caso do morfinismo, ainda que não houvesse subcultura de uso de morfina, alguns médicos afirmavam que as mulheres eram mais fracas à dependência de morfina. Campbell (8, p.68) cita H. Kane, médico norte-americano, que afirmava “uma mulher delicada de olhos azuis e cabelos loiros tem, de acordo com a minha observação, a máxima suscetibilidade” [à dependência]. É importante notar como a relação racial aparece nesse contexto, onde mulheres brancas seriam vistas como mais fracas e suscetíveis à dependência. Em outros contextos, o uso de drogas por negras pode ser visto como mais ‘natural’, ainda que moralmente condenado (8).

Junto ao crescimento do monopólio médico e farmacêutico, estão discursos religiosos, particularmente de grupos protestantes que pregavam o absentismo na sociedade. Para estes, o usuário de drogas era uma pessoa mau-caráter, não produtiva, sem controle (36, 41), e assim deveriam se abster totalmente do uso de drogas. É nesse contexto que é criado o Alcoólicos Anônimos (AA).

As primeiras regulações de drogas se dão na Europa e Estados Unidos, no início do século XX. Em 1868, o ópio começa a ser controlado na Inglaterra, porém ainda disponível à população (2). Em 1909, foi proibido de ser fumado nos Estados Unidos, impactando de diversas maneiras na comunidade chinesa (41). Em 1914, com o *Harrison Act*, a venda de ópio, assim como de outras drogas, foi restrita aos farmacêuticos e médico deste país, contexto em que, conforme McDonald (36), se cria o espaço para o surgimento do mercado paralelo das drogas, um aspecto importante para o entendimento dos efeitos da proibição hoje. Desde então, uma série de regulamentações começam a se estabelecer culminando na proibição mundial das drogas. Nesse momento é fundamental considerar também o contexto histórico das guerras mundiais, e ressaltar dois aspectos: primeiro, a xenofobia exaltada no contexto das guerras; e, segundo, as mudanças sociais referentes a esse período, como, por exemplo, a inserção das mulheres nos trabalhos e espaços públicos.

Do controle e regulação de grupos minoritarizados por uso de políticas de drogas, verifica-se alguns exemplos, como o controle das classes trabalhadoras da Inglaterra, a xenofobia e o racismo prevalentes junto ao controle de grupos específicos como nas regulações de ópio entre os chi-

neses nos Estados Unidos (41), a associação da cocaína aos negros (9) e da maconha com os mexicanos, nos EUA.

O papel das mulheres nesse contexto era fundamental, vistas como potenciais vítimas das drogas, corriam o ‘risco das relações inter-raciais, surgindo, por exemplo, o medo de que chineses viciassem as mulheres, na Inglaterra (29); vistas como ameaça, havia o receio de que levasse os homens ao consumo de drogas, por exemplo, em histórias em que prostitutas os seduziam e os roubavam dando-lhes cocaína (47).

Com efeito, nesse sentido, também no Brasil, a primeira regulação que proibia a venda de maconha se deu na cidade do Rio de Janeiro, em 1830, frente ao contexto de controle da população negra, que assim como a população indígena, usava a substância para fins religiosos, recreativos, medicinais ou como estimulante físico (33).

Efeitos da proibição das drogas nos grupos minoritarizados

Nesses exemplos podemos ver como as políticas de drogas têm uma base moral específica e estão intrinsecamente relacionadas ao controle de grupos sociais minoritarizados. É importante apontar que os efeitos dessas políticas se dão de formas diversas em cada contexto, com diferentes efeitos nos países produtores e nos países consumidores. Assim, alguns elementos deveriam ser considerados nas análises das políticas de drogas, revelando seus impactos nas especificidades locais.

No caso do Brasil, em relação ao contexto social e político, é importante apontar que, apesar de ser uma das maiores economias mundiais, o país está em 12º lugar em desigualdade social. Os índices de violência e homicídio são extremamente altos, particularmente com relação à população negra, atingindo adolescentes negros, o 5º país mais violento com relação às mulheres, particularmente negras, em relação a 83 países (49), além dos altos índices de agressões cometidas à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais (LGBTBs) (48).

Ainda, em relação ao contexto social, o Brasil tem a 4ª maior população carcerária mundial que durante o período de 2005 a 2012, teve aumen-

to de 74%, de 296.919 para 514.482 presos, sendo 60,8% negros e, 25,3% (em 2012) encarcerados por motivos relacionados a entorpecentes (5).

Houve aumento da população carcerária feminina, a 5ª maior do mundo, que entre 2000 e 2014 cresceu 567%, superando o aumento do encarceramento de homens (119%), totalizando 37.380 mulheres presas, 68% por tráfico de drogas. A maioria da população carcerária feminina é composta por mulheres negras (68%), cerca de metade tem entre 18 e 29 anos, metade sem Ensino Fundamental completo (25). Ainda, 81% têm filhos e são as principais ou únicas provedoras de suas famílias, geralmente sem antecedentes criminais (26).

Também houve aumento do número de adolescentes que cumprem medida de restrição de liberdade, de 19.595 em 2011 passou para 20.532 em 2012; 27% por envolvimento com drogas (51, p.72-73).

Analisando as políticas de drogas - que nas suas práticas são primordialmente baseadas em ideais absenteístas e punitivistas -, podemos ressaltar que, como efeito, promovem: a falta de informação sobre as drogas e suas formas de uso, drogas sem controle de qualidade e que colocam em risco a saúde de pessoas que as utilizam, a falta de informação sobre o uso, inclusive para pesquisas e estatísticas, o estigma e a discriminação de usuários e usuárias de drogas, inclusive nos espaços de saúde e cidadania - o que ocorre particularmente com usuários de crack comumente denominados de “zumbis”, “nóias” -, a retirada de filhos de mulheres usuárias de drogas sem que seja feita uma avaliação adequada, o que incide particularmente entre as pobres e negras; além do aumento do encarceramento, violência e homicídio. De fato, algumas pesquisas apontam o homicídio como o maior fator de óbito inclusive entre usuários de crack (10).

Relações de gênero e sexualidade e políticas de drogas

Ao propor uma análise das políticas de drogas a partir de perspectivas feministas e anti-racistas, torna-se evidente como as regulações sobre drogas tem intrínsecas relações com o controle social de grupo minoritizados, sob os quais determinados imaginários sociais são reproduzidos.

O primeiro aspecto que devemos considerar é que a imagem do ‘drogado’, que compõe grande parte das políticas públicas sobre drogas com base absentéista e proibicionista, vê este indivíduo como o “outro” no discurso, sob o qual características tidas como negativas na nossa sociedade são impingidas neste sujeitos: dependência, loucura, falta de caráter, fraqueza moral, improdutividade. Nesse sentido, o comerciante de drogas torna-se uma figura particularmente imoral, vista como alguém agressivo, usurpador, mau e, no caso das mulheres que estão nesse mercado, esse imaginário tem um efeito moral específico que gera maior isolamento social.

Tomando essas características atribuídas a usuários de drogas, resalto dois aspectos, primeiro como essas características – loucura, dependência – são aquelas tradicionalmente destinadas às mulheres, onde a mulher continuamente ocupa a posição do ‘outro’ no discurso, e, segundo, como esses discursos comumente atribuídos ao feminino, operam em relação ao homem, e notamos aqui a feminização do ‘drogado’, visto como fraco, dependente, louco – como uma mulher.

Essa dinâmica evidencia também como o feminino é visto na nossa sociedade. Essas características usualmente desvalorizadas nas sociedades patriarcais são encontradas de modo polarizado e hierarquizado em outras categorias de discursos, como, por exemplo, infantil x maduro, fora de controle x controlado, dependente x independente, fraco x forte. Esses aspectos (infantil, imatura, fraca, dependente, fora de controle) tidos como inferior são atribuídos às mulheres, que são representadas e constituídas como o “outro” nos espaços sociais e na sua psicologia (3). A contínua desvalorização revela a regulação e o controle exercido sobre as mulheres e populações LGBTTs, que mantêm historicamente esses grupos em posições sociais específicas, sem acesso às mesmas condições de cidadania que o homem cisgênero heterossexual.

Essas atribuições tem sua construção histórica que reproduzem determinadas posições de sujeito e tem efeitos nas políticas públicas e impactos no entendimento e cuidado de usuárias e usuários de drogas. Para a análise dessas construções, levanto três aspectos relevantes: 1) a ideia de dependência e as qualidades vistas como femininas e a reprodução da posição social da mulher como inferior; 2) a posição da mulher na sociedade e as regulações e controle sobre seus corpos; e 3) o efeito da mirada

sexualizada e seu impacto das políticas públicas de drogas nas mulheres e LGBTTs. É fundamental ressaltar que todos esses aspectos devem ser vistos considerando o contexto social específico dessas relações sociais em intersecção com as categorias de gênero, sexualidade, raça, classe, idade e outros demarcadores sociais que aparecem como desigualdades sociais, fator que aponta a importância da análises dos contextos locais onde essas relações ocorrem.

1) dependência e gênero:

A noção de dependência é central para o entendimento sobre drogas, seus usos e a política pública. Essa noção talvez, até pela sua própria imprecisão técnica (4), é utilizada de diversas formas pela medicina, pelo campo jurídico e por grupos religiosos (por uso da palavra ‘vício’) (39). Antes de avançarmos ressalto que não desconsidero a experiência de usos problemáticos de drogas, porém, o foco aqui PE de como esse entendimento sobre dependência é utilizado nas políticas públicas.

Ressalta-se o efeito dos discursos sobre dependência na regulação e controle dos corpos. Primeiramente, é fundamental apontar como o discurso médico, foi incorporado nas sociedades ocidentais, transformando-se em um pilar importante para a organização das sociedades e da subjetividade (23, 43). Nesse sentido, a noção de “saúde” exerceu um papel importante, e primordialmente tomada apenas pela perspectiva médica. Katz (27) aponta uma variações discursivas nesse campo, a qual “em nome da saúde”, tornou-se uma insígnia que permite diversas regulações e formas de controle. A base moral desse entendimento de “saúde” se evidencia historicamente e nas suas aplicações atuais.

Dentro desse espaço discursivo, a dependência, vista pela moral religiosa como algo ruim, torna-se, na contemporaneidade, uma doença mental, ou seja, um comportamento com característica indesejáveis e medicamente controlável. Sedgwick (46) aponta como dependência e adição são hoje conceitos aplicados para qualquer comportamento abusivo, compulsivo e rotineiro, por exemplo, adictos a sexo, adictas a amor, *workaholic*, dependentes de ginástica, dependentes químicos, co-dependentes, entre outros.

Ao desconstruir a noção de dependência surgem ideias sobre o dependente de drogas como alguém sem controle, imaturo, infantil, incapaz de postergar o prazer. Como aponta Young, “o usuário de drogas é visto em termos freudianos como alguém que tem o super-ego fraco, um ego inadequado – de um homem – falta de uma identificação masculina adequada” (53, p.53).

Ao focarmos nas relações de gênero, podemos apontar como tradicionalmente as mulheres foram socializadas na dependência, como descreve Ussher (49, p.151): “na construção discursiva tradicional da heterossexualidade, o ‘homem’ é posicionado como poderoso (*powerful*), e a ‘mulher’ como passiva e com obrigações (*beholden*) ao homem”. A dependência é vista como algo negativo na nossa sociedade, porém, ao mesmo tempo, espera-se das mulheres que sejam dependentes. Nesse sentido, torna-se importante desconstruir a noção de dependência, considerando a base moral arraigada nessa noção que é vista como característica *somente* negativa e nesse sentido, ressaltar a importância em olhar os discursos sobre independência para mulheres. Quais são os discursos sobre independência para as mulheres? O que significa uma mulher ser independente? Como é vista uma mulher independente na nossa sociedade? Há espaço discursivo para independência para mulheres?

A noção de dependência tem como seu “antídoto” a ideia de controle, tornando-se importante a questão de como o controle é exercido pelas mulheres, apontando como o controle nas sociedades patriarcais vem sendo praticado sobre elas, e sobre seus corpos, sendo continuamente regulados e controlados (1, 6). Ettorre aponta que, apesar de haver uma expectativa social de que as mulheres se comportassem de uma maneira tradicional, ou seja, como dependentes, havia ainda “uma incompatibilidade interessante entre a expectativa social para que as mulheres sejam dependentes e a necessidade de que todas as mulheres estejam “em controle”” (18, p.105). Assim, ao mesmo tempo em que há um imaginário de incontrolabilidade e emocionalidade feminina, é esperado que elas estejam em controle, mais especificamente, que controlem suas paixões, desejos, e do espaço doméstico. Intrínseco à noção de dependência está a doença mental e, aqui, vemos como a noção de loucura foi conectada às mulheres, principalmente relacionado à sua sexualidade, como visto nos

discursos sobre hormônios e sexualidade, em outras palavras, a histórica. Frequentemente “loucura” e “vulnerabilidade” são atribuídos à biologia feminina. Na história da Medicina é possível observar como a mulher é tida como alguém que tem o corpo dominado por instintos sexuais e reprodutivos, como mais próxima da natureza, da imprevisibilidade, da imoralidade, inapta ao trabalho, destinada ao trabalho doméstico (11, 45). Já para os homens, a loucura era relacionada como consequências do desvio dos papéis sociais que deveriam ser assumidos.

Tais ideias tiveram e tem seu impacto no tratamento de mulheres, sendo elas atualmente o grupo mais medicado com drogas psiquiátricas, principalmente os antidepressivos (37). Nesse sentido, é interessante a análise de Littlewood (30, p.84) sobre as propagandas de tranquilizantes, em sua maioria voltadas para as mulheres, peças publicitárias em que as mulheres aparecem sofrendo de “difusos sintomas emocionais,” relacionados a sua natureza, enquanto que os homens experienciam “discretos episódios de ansiedade” relacionados ao trabalho ou alguma doença física.

As características da loucura são características atribuídas ao feminino, como mostrou Hockey (22, p.254): “o perfil aparentemente sem gênero (*ungendered*) de loucura – passividade, emocionalidade, irracionalidade, dependência, falta de iniciativa, necessidade de apoio – é também o perfil de uma mulher “normal””. Ou seja, as mulheres já são socializadas nessas características vistas como doença mental, onde independência e agressividade são qualidades não aceitas e quando apresentadas, as mulheres são vistas como doentes mentais (22). A loucura ocupa, então o lugar da agressividade, que não combina com o imaginário de “fragilidade da mulher.

Não obstante, é fundamental considerar como as relações de raça e classe se dão nessas análises, sendo fundamental portanto, a atenção ao contexto social dessas. Assim, ainda que a agressividade não seja socialmente aceita em mulheres, é fundamental a análise do discurso sobre agressividade e grupos sociais, em que a esta é muitas vezes associada por exemplo às mulheres negras, pobres, de zonas rurais.

Essa impossibilidade discursiva sobre a manifestação de agressividade das mulheres tem seus efeitos nas políticas de drogas e nas mulheres em situação de encarceramento. Por isso, além dos efeitos do proibicio-

nismo, evidentes nos casos de encarceramento, vemos como tais ideias incidem no trato das mulheres em presídios e outros espaços considerados fora do padrão esperado. Por exemplo, a estrutura dos presídios não foi pensada para mulheres, bem como a existência de filhos de presas e a ocorrência de gestações e do direito não cumprido das e do fato de que a maioria das mulheres encarceradas não recebe visitas de familiares e amigos. A não visita traz alguns aspectos a serem questionados, e nesse âmbito é comum ouvirmos de pessoas que trabalham com essa população que as mulheres são histéricas, “reclamam muito”, reiterando a ideia da loucura como algo da mulher. Um dos efeitos da patologização e individualização contida nessas ideias sobre mulheres, é que o contexto social não é considerado, primeiramente reclamar é rapidamente visto como histeria, segundo do que as mulheres reclamam? Porque não recebem visitas de amigos e familiares? Quais os efeitos desse isolamento social em que as mulheres se encontram? As mulheres que infringem a lei são fortemente estigmatizadas e isoladas, desafiaram o papel passivo que lhes é socialmente designado (7) e nota-se aqui, portanto, uma dupla punição: o encarceramento e o estigma.

2) *mulheres e nação: regulação do corpo e tabu:*

O imaginário sobre a mulher de fragilidade, domesticidade e cuidado do lar é colocado em discurso como incompatível com a ideia de autonomia e independência feminina, seu corpo é fortemente regulado e controlado e, da mesma forma, os prazeres, principalmente os prazeres corporais, são vistos como tabu. Nesse sentido, a sexualidade feminina é controlada e o uso de drogas para fins recreativos é visto como uma antítese a sua posição de mulher, tanto pelo prazer que o uso das drogas representa, quanto pela popular associação discursiva entre drogas e sexo. Para essa análise, levanto a importância do papel social atribuído às mulheres em relação à ideia de nação.

Um ponto central é que o imaginário que decai sobre a mulher está relacionado *estritamente* à maternidade, ou seja, a mulher é mãe, ou será mãe e no seu papel materno está imbuída a ideia de uma moralidade apropriada e dos cuidados que deve devotar a sua família. Neste sentido,

a posição das mulheres em relação à nação, aparece como as de guardiãs da moralidade da sociedade nos seus papéis de mães e cuidadoras. Yuval-Davis (54, p.2) aponta que as mulheres “reproduzem nações, biologicamente, culturalmente e simbolicamente”. No entanto, embora elas sejam responsáveis pela reprodução da moral, são excluídas da política da nação, pois o campo do privado não é considerado politicamente relevante e adequado a sua participação (35). Assim, ao mesmo tempo em que são excluídas do campo da política, (ou sub-representadas, menos de 10% dos quadros representativos brasileiros são femininos, das menores taxas do mundo (15)), são as representantes das moralidades culturais, reproduzindo, mantendo e simbolizando a “pátria mãe”.

Tal posição social tem impactos importantes nas políticas de drogas e nas regulações dos corpos das mulheres. Primeiramente, discursos sobre uso de drogas pelas mulheres e discursos sobre o perigo da miscigenação, deflagram dinâmicas racistas e xenofóbicas, como vistos no caso do uso de ópio pelos chineses na Inglaterra (29). Segundo, no entendimento das mulheres como reprodutoras da nação, que devem ter comportamentos “apropriados”, portanto, onde, as drogas representariam uma ameaça especial à nação, à família e às mulheres (assim como a homossexualidade, prostituição e obscenidade) (51). As drogas para fins recreativos tornam-se, portanto, um tabu para mulheres, o que tem efeitos nas formas de entendimento e uso por elas, situações em que, devido ao estigma, muitas vezes, as levam a utilizá-las, de forma solitária, como ocorre, por exemplo, com o uso do álcool entre as mulheres idosas.

Dessa forma, vemos como os discursos sobre mulheres são sexualizados, ou seja, ou ela é vista como uma boa menina (assexuada, infantilizada), uma boa mãe (assexual), ou hipersexualizada, onde ela é uma prostituta, má mãe, ou lésbica, sendo todas essas segundas opções vistas de forma pejorativa (8, 19). Polarizações discursivas que regulam seus corpos e reduzem o entendimento sobre o uso feminino das drogas, colocando-as ora na posição de vítimas (mães, futuras mães), ora de ameaçadoras (prostitutas, más mães, lésbicas), situações onde a autonomia do sujeito não é considerada, assim como a sua relação recreativa com as drogas (40).

Nesse sentido, vemos a grande estigmatização de mulheres que usam drogas para fins recreativos e os efeitos dessa visão nas políticas pú-

blicas, refletidos tanto no não preparo dessas políticas para lidar com esse público feminino (tratamento, intervenção e pesquisa sempre priorizou homens como objeto principal), quanto na punição e estigmatização das mulheres usuárias, dinâmica que se acentua entre mulheres usuárias com filhos, entre as negras e pobres, como apontado anteriormente.

Assim, uma dinâmica importante é produzida, a separação do uso das drogas em público e o uso de drogas no privado. A pressão social e regulação do corpo da mulher torna tabu o uso de drogas para fins recreativos, onde ela se torna hipervisível ao utilizar no espaço público, ao mesmo tempo em que incentiva o uso de drogas medicamentosas e cosméticas para mulheres no espaço privado, compondo usos invisíveis de drogas pelas mulheres.

3) mirada sexualizada: políticas públicas, gênero, sexualidade, raça, classe e idade:

A análise proposta sobre drogas e políticas públicas, considerando as relações entre gênero, sexualidade, raça, classe e idade, nos seus contextos específicos, proporciona, por um lado, a exposição de dinâmicas sociais patriarcais e, por outro, os efeitos dessas dinâmicas nas políticas públicas sobre drogas.

Partindo da mirada normativa que se refere à vigilância que permite qualificar, classificar e punir e estabelece sobre os indivíduos uma “visibilidade através da qual pode diferenciá-los e julgá-los” (20, p.184), podemos ver como, no caso das mulheres, tal mirada é sexualizada, ou seja, os papéis sociais atribuídos a mulheres são aqueles relacionados à reprodução e cuidado dos maridos e crianças. Divididas assim entre mães ou prostitutas e lésbicas, como aponta Beauvoir (1), o corpo das mulheres é sexualmente marcado. Essa hipersexualização dos sujeitos também é percebida quando nos referirmos às populações LGBTQTs.

Assim, as dinâmicas de uso de drogas implicitamente ou explicitamente circulam nos campos de gênero, nos quais a mirada culturalmente masculina e (hetero)sexualmente orientada. No caso das mulheres usuárias de drogas, a transgressão dessas fronteiras é mais visível, com a conseqüente condenação, estigmatização e punição. Por isso, todas as políti-

cas públicas relativas às drogas devem considerar seus usos no público e no privado e, mais precisamente, o uso invisível feito por mulheres (para fins recreativos em casa e para fins medicinais e cosméticos), assim como a sua hiperexposição e visibilidade quando utilizam-nas em público (16).

Ainda, dentro da regulação social do corpo da mulher, o uso de drogas vem sendo apontado em alguns contextos como uma atitude transgressora e tido como possibilidade de empoderamento; neste sentido, visto como símbolo de independência e de modernidade, tal como explorado nas campanhas de cigarro. Na Inglaterra, por exemplo, nos anos 1920, mulheres começaram a fumar cigarro em público, desafiando a ideia de que uma “mulher pública era uma prostituta” (29, p.52).

Não obstante, as mulheres que usam drogas para fins recreativos continuam a ser estigmatizadas, como aponta Hederson (21), analisando a literatura médica e psicológica onde quase não figuram e, quando são retratadas, figuram como mais doentes, mais desviantes, mais psicologicamente perturbadas que os homens, ou seja, como um desvio da feminilidade “normal”.

Assim, alguns efeitos das dinâmicas de invisibilidade do uso de drogas por mulheres são: as dificuldades e obstáculos que mulheres têm em procurar ajuda quando precisam, o desenvolvimento de formas de uso de drogas de maneira isolada, maior ostracismo, e a não presença de mulheres em pesquisas. De fato, pesquisas, estudos, intervenções e a maioria das políticas públicas sobre drogas, são dirigidas e baseadas no homem cisgênero heterossexual.

Outro aspecto importante, na mesma direção, é referente ao que é esperado da mulher em relação aos outros, em particular no cuidado com os outros, por isso, muitas vezes as políticas públicas dão atenção em como o uso de drogas por mulheres pode afetar os outros e não a elas próprias, em particular, são destacados: o feto, a criança e as suas relações sexuais. Campbell (8) aponta esse foco nas campanhas iniciais para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids, que apesar de terem sido de grande importância para as mulheres usuárias de drogas, foram planejadas pensando na infecção de homens (por serem prostitutas) ou de crianças (por serem mães ou cuidadoras), configurando a mulher como uma ameaça ao outro. Nesse sentido, imagens estereotipadas são cons-

tantemente reforçadas (tal como ocorre com a demonização das usuárias de crack) e, conseqüentes, ações punitivas são tomadas (como a retirada de filhos de mulheres sem a devida análise, acompanhamento e apoio).

A estigmatização e punição de grávidas são aspectos importantes para serem ressaltados, pois, primeiro, refletem a ideia individualista de maternidade, como se não houvessem outras pessoas envolvidas na gravidez e cuidado das crianças (pai, familiares, amigos, etc.) (8); segundo, porque refletem o isolamento social de mulheres grávidas que usam drogas, que costumam trazer outros problemas para a mulher (28). O medo da retirada das criança pode ser um grande obstáculo para que peçam ajuda, caso necessitem e o uso invisível faz com que, além disso, possam ficar sem acesso à informação. Esses discursos acabam permitindo uma vigilância social em que qualquer pessoa acredita ter o direito e ou obrigação moral de impedir que mães ou futuras mães usem drogas (8), não havendo aqui a possibilidade discursiva de autonomia da mulher com relação a seu corpo.

Outro aspecto fundamental é como a sexualidade é considerada no campo das drogas, pois, como já apontado, estudos e intervenções são em sua maioria baseados no homem cisgênero heterossexual. Primeiramente é importante considerar a *homofobia*, *lesbofobia*, *transfobia* e a *LGBTfobia*, ou seja, os efeitos dessas violências no sujeito, bem como a reprodução estrutural dessas violências nas instituições e políticas públicas. As políticas públicas no campo das drogas, na maioria das vezes, não consideram as relações de sexualidade, trazendo o risco em silenciar e invisibilizar essa população e a sua relação com as drogas. Nessa direção, além de haver poucas iniciativas que considerem as especificidades desses grupos (16), ainda há várias denúncias que apontam que instituições, inclusive de saúde, estigmatizam pessoas LGBTTs, que sofrem, além de xingamentos e mau atendimento, também o desrespeito ao nome social¹, representando um obstáculo para que essa população tenha acesso aos serviços de saúde, numa dupla estigmatização das populações LGBTTs.

Em relação às especificidades desses grupos é fundamental considerar nos sujeitos os efeitos da *LGBTfobia* e a relação com outros de-

1 Nome social é o nome adotado pelos sujeitos em acordo com sua identidade.

marcadores sociais, com, por exemplo, nos obstáculos presentes no acesso aos serviços de saúde, na falta de pesquisas sobre as especificidades de uso de drogas por pessoas LGBTTs e a falta de políticas públicas que considerem tais especificidades vista na atenção a populações travestis e transsexuais, etc. Todas essas considerações deveriam ser revertidas para se pensar em estratégias de redução de danos, considerando que, em muitos casos, há também uso de outras substâncias como hormônios, etc (38). Também o alto número de suicídio entre a população LGBTT (considerado em pesquisas como resposta ao preconceito que sofrem), devem ser relevados, o que, no Brasil, atinge alto número, tal como os homicídios sofridos pela população homossexual e transsexual (48).

Outros pontos importantes são a análise da hipersexualização de pessoas LGBTTs e a desvalorização social desses sujeitos, em que, no mesmo campo discursivo que as drogas, tem sido vistas tradicionalmente nas sociedades ocidentais como seres desviantes, que vivem em pecado ou de doença mental. Esses discursos têm efeito nas políticas públicas, associando LGBTTs a abuso de drogas, correspondência discursiva observada, por exemplo, em 1978, durante o Congresso Latino-americano de Farmacologia, onde foi distribuído o livro *Marihuana: Yerba Maldita*, que defende que o uso dessas substâncias incitariam à homossexualidade (34). Essa associação também está presente e tem efeitos nas políticas públicas, provocando maior estigmatização dos sujeitos LGBTTs.

Também é importante considerar, nas políticas de drogas e as relações de gênero e sexualidade, o uso de drogas frente aos casos de violência contra mulheres cisgêneras e populações LGBTTs. É necessária a desconstrução de afirmações que defendem que homens violam mulheres e LGBTTs por estarem “bêbados”, tal como apontado por McDonald (36), reflete a falta de percepção de que esse comportamento violento seja aprendido tal como o comportamento dos homens ao estarem inebriados. Por isso, é fundamental localizar socialmente e culturalmente a violência, ou seja, perceber que não é o álcool que faz alguém violentar mulheres e LGBTTs, mas sim um discurso machista que reitera essa violência. Não à toa, as taxas de violência contra mulheres e LGBTTs no Brasil são extremamente altas, tanto em casos de violências sexuais, quanto de homicídios. Considerar o contexto social, assim, é fundamental para

políticas de redução de danos, avaliando os riscos de que as mulheres cisgêneras já sofrem em ambientes sexistas, assim como os riscos que pessoas LGBTTs sofrem em ambientes homofóbicos e transfóbicos.

Considerações finais

Nesse capítulo levantei alguns aspectos a serem considerados nas análises e intervenções no campo das drogas. Não se pretende concluir ou esgotar o debate, mas sim levantar aspectos normalmente invisíveis no debate e nas políticas públicas. Ao se falar das intersecções entre gênero, sexualidade, raça e classe, nota-se como essas relações, particularmente as relações de gênero e sexualidade, são naturalizadas e invisibilizadas, tendo efeitos nas políticas públicas e promoção de saúde.

O campo das drogas é um campo saturado de discursos morais, sendo fundamental a desconstrução desses para aumentar as possibilidades de análise, pesquisa e intervenção. Na atual conjuntura, os efeitos das políticas com base na guerra às drogas têm sido desastrosos, devido à grande violência gerada, e particularmente com relação à população negra e às mulheres negras, visto no grande encarceramento e no número de mortes. Sobre o uso de drogas, o não controle de qualidade coloca a vida dos sujeitos que usam drogas em risco e, aliado a isso, a desinformação proporciona graves situações de risco, principalmente para adolescentes (como ocorre na mistura entre voláteis e álcool).

O tratamento para quem usa drogas, também vem seguindo uma forte base moral e muitas vezes religiosa, onde a opção na maioria dos casos é a abstinência total, gerando um distanciamento de vários sujeitos usuários dessas substâncias das políticas de saúde. Nessa vertente, as mulheres, em especial as que têm filhos ou estão grávidas, não buscam ajuda quando necessitam, pois, além de enfrentarem grande estigma, correm o risco de terem seus filhos retirados, já que o foco tem sido a punição.

A redução de danos para mulheres e pessoas LGBTTs que usam drogas deve considerar também os ambientes sexistas, *homofóbicos*, *lesbofóbicos*, *bifóbicos* e *transfóbicos* de uso, assim como a existência dessas violências nos próprios campos das políticas públicas de drogas e saúde.

Por isso, torna-se fundamental a análise e intervenção com uma base não preconceituosa e que considere no seu contexto específico de utilização as relações de gênero, sexualidade, raça, classe e idade, e outros demarcadores sociais, como, por exemplo, a religião.

Ainda, é importante que essas intervenções contem com mulheres e LGBTQs não apenas como objetos de pesquisa e intervenção, mas que esses grupos possam participar também como protagonistas, de maneira ativa da própria construção dessas políticas, garantindo o direito de cidadania e autonomia desses sujeitos.

Referências

1. BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
2. BERRIDGE, V.; EDWARDS, G. **Opium and the people** – opiate use in Nineteenth Century England. London: Yale University Press and New Haven, 1987.
3. BURMAN, E. Method, Measurement and Madness. In HOLZMAN, L.; MORSS, J. (ed.). **Postmodern psychologies, societal practice and political life**. London: Routledge, 2000. p.49-79.
4. BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
5. BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República; Secretaria Nacional de Juventude. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, 2015.
6. BUTLER, C.I. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
7. CALVO, E.M. **Relaciones amorosas de las mujeres encarceladas**. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, 2015.
8. CAMPBELL, N. **Using women – gender, drug policy and social justice**. London: Routledge, 2000.
9. DALLY, A. Anomalies and mysteries in the ‘war on drugs.’ In POTTER, R.; TEICH, M. (ed.). **Drugs and narcotics in history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p.199– 215.

10. DIAS; A. **Crack** – reflexões para abordar e enfrentar o problema. São Paulo: Civilização Brasileira, 2012.
11. ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In DEL PRIORE, M. (ed.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 1997. p.322-361.
12. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. vol.1. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
13. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. vol.2. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
14. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. vol.3. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
15. ESTADO DE SÃO PAULO. Brasil tem menos Mulheres no Legislativo do que Oriente Médio. São Paulo, 6 março de 2015. Caderno Política. Disponível em: <http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-menos-mulheres-no-legislativo-que-oriente-medio,1645699>
16. ETORRE, E. (organizador). **Making lesbians visible in the substance use field**. New York: Harrington Park Press, 2005.
17. ETORRE, B. Women, substance abuse and self-help. In MACGREGOR, S. (ed.). **Drugs and british society** – responses to a social problem in the eighties. London: Routledge, 1989. p.101-115.
18. ETORRE, E.; RISKA, E. **Gendered moods** – psychotropics and society. London: Routledge, 1995.
19. FINKELSTEIN, N. Using the relational model as a context for treating pregnant and parenting chemically dependent women. In UNDERHILL, B.; FINNEGAN, D. (ed.). **Chemical dependency** – women at risk. London: Harrington Press, 1996. p.23-44.
20. FOUCAULT, M. **Discipline and punishment** – the birth of the prison. London: Penguin Books, 1991.
21. HENDERSON, S. Drugs and culture: the question of gender, In SOUTH, N. (ed.). **Drugs** – cultures, controls and everyday life. London: Sage, 1999. p.36-48.
22. HOCKEY, J. Women and health, In RICHARDSON, D.; ROBINSON, V. (ed.). **Introducing women's studies**. London: Macmillan, 1993. p.250-271.

23. ILLICH, I. **Limits to Medicine** – medical nemesis: the exploration of health. London: Marion Boyars, 1995.
24. INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS (IBCCRIM). Número de mulheres encarceradas cresceu nos últimos 5 anos. **IBC-CRIM Notícias**, São Paulo, 4 de julho de 2011. [on line]. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/noticia/13838-Nmero-de-mulheres-encarceradas-cresceu-nos-ltimos-5-anos>
25. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento nacional de informação penitenciárias** – INFO-PEN Mulheres. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>.
26. INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA (ITTC). Infográfico mulheres e tráfico de drogas: uma sentença tripla. Infográficos. 12 agosto de 2015. (on line). Disponível: <<http://ittc.org.br/infografico-mulheres-e-trafico-de-drogas-uma-sentenca-tripla/>>.
27. KATZ, S. Secular Morality. In BRANDT, A.; ROZIN, P. (ed.). **Morality and health**. London: Routledge, 1997. p.297-330.
28. KLEE, H. Women, family and drugs. In KLEE, H.; JACKSON, M.; LEWIS, S. (ed.). **Drug Misuse and motherhood**. London: Routledge, 2002. p.3-14.
29. KOHN, M. **Dope girls** – the birth of the british underground. London: Lawrence and Wishart, 1992.
30. LITTLEWOOD, R. **Symptoms, struggles and functions**: what does the overdose represent?. MCDONALD, M. (ed.) Gender, drink and drugs. Oxford: Berg, 1994. p.79– 97.
31. LOOSE, R. **The subject of addiction** – psychoanalysis and the administration of enjoyment. London: Karnak, 2002.
32. LUNBECK, E. **The psychiatric persuasion** – knowledge, gender and power in modern America. New Jersey: Princeton University Press, 1994.
33. MACRAE, E.; SIMÕES, J.A. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: EDUFBA, 2004.
34. MASUR, J.; CARLINI, E.L. **Drogas** – Subsídios para uma discussão. Sao Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

35. MCCLINTOCK, A. **Imperial Leather** – race, gender and sexuality in the colonial contest. London: Routledge, 1995.
36. MCDONALD, M. **Gender, drink and drugs**. Oxford: Berg, 1994.
37. MOORE, M.; YUEN, H.M.; DUNN, N.; MULLEE, M.A.; MASKELL, J.; KENDRICK, T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. **Brit Med Journ**, London, v.339, p.1-7, 2009.
38. MOUNTIAN, I. Aspectos sobre travestilidade e envelhecimento: história, corpo e imigração. **Quaderns de psicologia – Intern. Journ. Psych**, Barcelona, v.17, n.3, p.31-44, 2016.
39. MOUNTIAN, I. **Cultural ecstasies: drugs, gender and social imaginary**. Londres e Nova York: Routledge, 2013.
40. MOUNTIAN, I. Mujeres bajo control. In BIGLIA, B.; SAN MARTÍN, C. (editores). **Peer Estado de Wonderbra**. entretejiendo narrativas de feministas sobre las violencias de género. Barcelona: Virus Press, 2007. p.73-83.
41. MUSTO, D.F. **The american disease** – origins of narcotic control. Oxford: Oxford University Press, 1999.
42. RODRIGUES, T. **Narcotráfico** – uma guerra na guerra. São Paulo: Desatino, 2003.
43. ROSE, N. Medicine, History and the present. In JONES, C.; PORTER, R. (ed.). **Reassessing Foucault** – power, medicine and the body. London: Rotledge, 1994.
44. RUGGIERO, V. Drug as a Password and the Law as a Drug: Discussing the Legalisation of Illicit Substances. In SOUTH, N. (ed.). **Drugs – Cultures, Controls and Everyday Life**. London: Sage, 1999. p.123-137.
45. SAAVEDRA, L.; NOGUEIRA, C. Memórias sobre o feminismo na psicologia: para a construção de memórias futuras. **Memorandum**, Belo Horizonte, n.11, p.113-127, 2006.
46. SEDGWICK, E.K. Epidemics of the Will. In CRARY, J.; KWINTER, S. (ed.). **Incorporations**. New York: Zone, 1992. p.582-595.
47. SOUTH, N. **Voices from the past: drugs and social history** – from Virginia Berridge to Marek Kohn. **Intern Jour Drug Pol**, London, v.5, n.4, 1994.

48. TRANSGENDER EUROPE (TGEU). **Monitoring trans murder report**. 2016. (on line). Disponível em: <http://transrespect.org/en/research/trans-murder-monitoring/>
49. USSHER, J. A feminist perspective. In VELLEMAN, R.; COPELLO, A.; MASLIN, J. (ed.). **Living with drink** – women who live with problem drinkers. London: Longman, 1998. p.150-161.
50. WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: FLACSO Brasil, 2015.
51. WARNER, S. Women and high security mental hospitals. In BURMAN, E.; AITKEN, G.; ALLDRED, P.; ALWOOD, R.; BILLINGTON, T.; GOLDBERG, B. et al. **Psychology discourse practice: from regulation to resistance**. London: Taylor & Francis, 1996. p.96-113.
52. XIBERRAS, M. **La société into.riguée**. Paris, Meridiens Klincksieck, 1989.
53. YOUNG, J. **The drugtakers** – the social meaning of drug users. London: Granada Publishing, 1971.
54. YUVAL-DAVIS, N. **Gender & nation**. London: Sage, 1997.

Parte II

Drogas, Violência Física, Social e as Políticas de Segurança Pública





O Jovem/ adolescente “trabalhador” do tráfico de drogas

Marisa Feffermann

Resumo

O tráfico de droga um dos negócios mais lucrativos mundialmente, que emprega um contingente considerável de pessoas e assim depende de processos de trabalho para sua produção, distribuição e circulação, explora a mais-valia do trabalho humano. Com a ausência e a precarização do trabalho decorrentes das políticas neo-

liberais, o tráfico de drogas constitui-se cada vez mais em uma das únicas possibilidades de trabalho, com jovens envolvidos em todas as suas etapas do tráfico de drogas (plantação, circulação e distribuição); além das relações que esse tráfico estabelece com a comunidade, da relação comerciante-consumidor e da relação do tráfico com as políticas repressoras do Estado. O objetivo deste capítulo é compreender a realidade desses(as) jovens, seu cotidiano, sua forma de sociabilidade, assim como o tráfico de drogas como forma de trabalho e inserção no mundo do consumo, no intuito de contribuir para a construção de políticas públicas que venham ao encontro das necessidades destes adolescentes e jovens, hoje, vítimas e atores desta grande engrenagem.

Introdução

Na contemporaneidade, o desenvolvimento econômico convive e se realimenta de desigualdades sociais e a violência e o crime vêm envolvendo, cada vez mais, uma parcela maior da população, quer como vítima, quer como agentes ativos, com o agravante de se acentuar entre esses uma considerável parcela de adolescentes e jovens.

O tráfico de droga é um dos negócios mais lucrativos mundialmente, que emprega um contingente considerável de pessoas e, assim, depende de processos de trabalho para sua produção, distribuição e circulação, explorando a mais-valia do trabalho humano. O tráfico afeta, ao mesmo tempo, as esferas econômica, social, política e cultural e, assim, varia significativamente dependendo do contexto nacional. O tráfico de drogas é um protótipo da sociedade de consumo, expressa toda a violência nela embutida e produz ainda mais violência.

A geopolítica do tráfico de drogas confirma os padrões históricos de dependência e distribuição desigual da riqueza nas relações entre o Primeiro e o Terceiro Mundo. Há a diferença entre os países consumidores e os produtores, pondo em contradição governos ricos e consumidores, em enorme escala, em confronto aos países pobres e produtores, que passaram a integrar a dinâmica imposta pela procura dos países consumidores, em escala compatível com as leis de um mercado em franca expansão.

A indústria de drogas ilegais movimentava mundialmente cerca de 400 bilhões de dólares por ano, o que corresponde a 8% do comércio internacional - valor maior que a exportação total da indústria automobilística (52, p.53). No ano de 2000, o tráfico de drogas movimentou, no mundo, um trilhão e meio de dólares¹. Estima-se que as despesas dos governos em produtos e serviços para a segurança interna (*homeland security*) no mundo cheguem a 141,6 bilhões de dólares em 2009 (61, p.2).

A complexa rede do narcotráfico tecida na América do Sul e na América Central e especificamente no Brasil, a partir de problemas sociais que englobam a desigualdade de renda, a pobreza, a falta de oportunidades de educação e emprego, a exploração infantil e a ausência de programas sociais que promovam a inclusão social, também é agravada por problemas econômicos, dependência externa e corrupção. O narcotráfico distorceu a economia de vários países, conectando-se crescentemente à lavagem de dinheiro, tráfico de armas e outros delitos.

Durante os anos de recessão e crise da dívida externa na América Latina e na América Central o atraso econômico se aprofundou, gerando sérias consequências sociais e políticas na região. Parte da história do narcotráfico da América Latina firmou-se nesse período de meados dos anos de 1980. Devido ao aumento do desemprego e da miséria na região, uma das poucas alternativas aos produtores agrícolas foi plantar as matérias primas das drogas ilícitas - mais valiosas que outros alimentos e vegetais. Em muitos casos, não se tratava de obter lucros ou entrar diretamente na rede do narcotráfico, mas apenas uma forma de sustento, já que o dinheiro obtido com a venda da pasta base da coca era o suficiente para a troca por mantimentos.

Uma das consequências desse plantio foi o aumento da violência, assim, alguns fatores condicionantes das formas de violência que vêm se configurando na região são a alta lucratividade do crime (em especial nas modalidades de tráfico de drogas e armas) e sua organização em rede e a promiscuidade entre legalidade-ilegalidade, que tem, como uma das consequências mais nefastas, o aumento das mortes por homicídio e das taxas de criminalidade.

I “Isso corresponde ao Produto Interno Bruto do Canadá, a oitava economia do mundo” (14, p.32).

O controle de drogas é uma forma do Estado exercer e expandir o seu domínio sobre a conduta dos homens e das populações no sentido mais amplo. Isso se soma ao projeto de saneamento da sociedade, que propõe disciplinar o uso dos espaços públicos e particulares. O campo da lei passa a conter os dissonantes, os perigosos, os anormais, os subversivos. Com essa realidade, uma economia produtora e reprodutora do controle do crime surge, gerando empregos úteis e dando potência a inúmeros setores da economia legal.

As políticas de repressão/proibicionismo e as dinâmicas do tráfico de drogas têm provocado inúmeras mortes, em sua maioria, jovens envolvidos tanto na produção, circulação, mas principalmente na distribuição de drogas. A associação da população pobre nesses lucrativos negócios e, em especial, dos adolescentes e jovens, é um ponto nodal para a discussão dessa realidade.

Interessa notar que algumas características básicas do tráfico de drogas serão imprescindíveis para o crescimento da indústria do tráfico (30), como a manutenção das redes internacionais para o escoamento de produto ilegal, a conquista de territórios (áreas de influência), a confecção de códigos de conduta intragrupo em organizações hierárquicas, a solução frequentemente violenta de disputas e a influência no aparato repressivo estatal e em outras instâncias de governo serão imprescindíveis para o crescimento da indústria do tráfico (30).

A juventude e a adolescência constituem a parte mais vulnerabilizada desse tipo de mercado, que a adentra como uma forma de trabalho, de acesso a bens econômicos e de consumo, assim como de reconhecimento por fama, em especial, por grupos de pares ou comunidade de pertença próxima. Em uma conjuntura em que há falta de emprego, a inclusão marginal na vida social, cultural e moral convivem com um apelo cada vez mais intenso ao consumo, já que adolescentes e jovens podem encontrar nos negócios ilegais uma alternativa.

A utilização, pelo narcotráfico, de jovens como plantadores de maconha e coca no campo, como “mulas” de rotas de transporte, como vendedores de drogas no meio urbano referenda, entre outros elementos, paradoxalmente, a extrema legitimidade que o âmbito do trabalho sempre teve como variável de controle social e, concomitante, da necessidade

que crianças, adolescentes de jovens pobres sempre tiveram em trabalhar para complementar a renda familiar. Desta forma, o trabalho, que sempre foi utilizado como elemento formador e de prevenção ao crime, é um dos elementos mais importantes que justifica o jovem para a atividade do narcotráfico (43). Os jovens trabalhadores do tráfico de drogas são considerados, com o empenho da indústria cultural, os responsáveis pela violência, embora sejam, a um só tempo, as principais vítimas das mortes violentas nas estatísticas policiais (30). Esses jovens são um apêndice, ora indispensáveis, ora descartáveis, nas conexões internacionais da “indústria” do tráfico de drogas e ocultam os reais beneficiados com esse, que é um dos setores mais lucrativos da economia mundial. Esses jovens são o que Arendt denomina de “população supérflua” (7). Os jovens e adolescentes pobres fazem parte do elo mais frágil das correntes do narcotráfico, e é neles que se materializa a imagem do perigo, da ameaça e da violência.

Urge conhecer a realidade destes adolescentes e jovens que estão envolvidos na rede do tráfico de drogas, no intuito de, a partir destes discursos, contribuir para a construção de políticas públicas que vão ao encontro das necessidades destes adolescentes e jovens.

O tráfico de drogas e a globalização

Uma das questões mais polêmicas da sociedade atual, o tráfico de drogas, não é um fenômeno recente. O consumo de drogas sempre existiu, desde os primeiros tempos da humanidade, para fins religiosos, terapêuticos, ou mesmo alimentícios (26- 28, 63). O problema é a dimensão que o comércio de drogas atingiu nas últimas décadas e sua importância política e estratégica, principalmente com o advento da globalização, realidade estudada por pesquisadores de vários países, como Arbex (5-6); Astorga (10), Duncan, Vargas Meza e Lopez (24), Villalobos (74); Machado (46-47).

A “globalização” tende a responder a uma necessidade de legitimidade e dissimulação do poder econômico e político, poder assimétrico de domínio/dependência, que facultou a difusão e o auge das políticas neo-

liberais. Esse processo faculta um fluxo relativamente livre de capitais por meio de sistemas informatizados que induzem à expansão desta indústria ilegal. Pode-se conceber que o mercado ilegal tem surgido como resposta à marginalidade econômica. Tal desvinculação do sistema financeiro da base material ao da produção torna propício o crescimento de grandes proporções do tráfico de drogas que se insere na economia mundial global e que, de tão integrado, confunde-se com essa mesma economia.

A procura e o consumo de drogas geram e asseguram um enorme rendimento e um altíssimo acúmulo de capitais, convertendo o tráfico de drogas no segundo grande negócio mundial - depois apenas do de armas -, capaz de destruir a imagem de países e redefinir mapas políticos. Interessa notar que alguns característicos básicos do tráfico de drogas: a manutenção de redes internacionais para o escoamento de produto ilegal, a conquista de territórios (áreas de influência), a confecção de códigos de conduta intragrupal em organizações hierárquicas, a solução frequentemente violenta de disputas, a influência no aparato repressivo estatal e em outras instâncias do governo, serão fatores imprescindíveis para o crescimento da indústria do tráfico.

Neste contexto em que o capital se faz ubíquo, o índice de desemprego se eleva, as relações de trabalho se tornam precárias, a tecnologia se afirma cada vez mais avançada (especialmente nos meios de comunicação), formando redes e circuitos, onde o crime global tem campo propício para sua permanência e proliferação (70). O tráfico de drogas procura manter o controle estrito sobre o seu território, não só impedindo que outros traficantes lá se estabeleçam, mas também controlando parte da vida comunitária. O narcotráfico trabalha com as comunidades das roças e das favelas, dando apoio de caráter inclusive assistencial. Esse enfoque cooperativo é importante para entender a penetração do narcotraficante no tecido social rural e urbano.

Assim, é construída a “cultura da droga” num espaço social abandonado pelo Estado, que direciona suas políticas públicas aos interesses do mercado e aloca recursos para atender às exigências da sociedade civil. Os circuitos de ilegalidade, estimulados e criados por leis que impuseram proibições, geram dinâmicas e violências próprias, efeitos de poder da imposição primeira, a da criminalidade, que justifica a segunda, da

segurança desenvolvida para enfrentá-las. Resultante da promiscuidade existente entre o legal e o ilegal, a hegemonia do cinismo prevalece. A violência, tornada banal, permite a transgressão de qualquer conceito de cidadania e a fronteira entre o legal e o ilegal se torna então tenuidade.

O tráfico de drogas está inserido na sociedade num modo de produção estabelecido sob a égide de leis objetivas do capital, que coloca o homem como mais uma das mercadorias do jogo econômico. O tráfico, como uma indústria de drogas ilícitas, é uma forma de inserção ilegal de uma parcela da juventude no mundo do trabalho frente a um desemprego estruturado acirrado pelo processo de “globalização”, que dificulta o ingresso de jovens no mundo do trabalho legal.

Adolescentes e jovens: o tráfico de drogas

A realidade do tráfico de drogas tem os adolescentes e jovens como os seus principais protagonistas, tanto como vítimas, quanto como alvos. Os estudos de Malvasi (49), Feffermann (30), Cruz Neto, Moreira e Sucena (20), Assis (8), Constantino (19) e Zaluar (78) apontam o cotidiano e o significado do tráfico de drogas na vida dessa população.

Para que possamos apreender essa realidade é importante compreender questões que colaboram na configuração do ser adolescente e jovem: suas características e as “vulnerabilizações” sociais a que estão expostos, bem como as culturas juvenis e o *ethos* destes tempos, tal como os desencantos em relação a projetos sociais e a atração por fama e poder de exposição, próprios das sociedades de espetáculo. Ou seja, a abordagem deve expressar materialidades e violências que envolvem adolescentes e jovens, mas não reduzi-las somente a algumas dimensões como privações e vulnerabilidades econômicas, já que as vulnerabilidades sociais são também simbólicas, envolvendo a busca por pertença e reconhecimento por esses indivíduos.

A violência contra adolescentes e jovens, no Brasil, se expressa nos dados do Mapa da Violência de 2013 (82), que demonstra que violências praticadas podem se expressar também como possibilidades de construção de uma identidade. Assim, o cometimento podem outorgar certa po-

sição social e um modo de se situar em suas histórias e em seus mundos, embora o fato do sujeito atuar por elas não implique que sua vida seja sinônimo de violência.

Ser adolescente e jovem, por suas características, sua perplexidade e sua ambivalência que alterna dúvidas e construções de certezas, manifesta descontentamento ou reações por formação de culturas juvenis, surgindo, assim como categoria propícia para simbolizar os dilemas contemporâneos. Nos jovens, o desejo de experimentar o novo está acompanhado por incertezas, pela avidez de conhecimentos, pelo espanto e indefinições cotidianas de uma realidade que, simultaneamente, atrai e atemoriza.

A um só tempo, adolescentes e jovens aparecem como retrato projetivo da sociedade, condensando angústias, medos, assim como esperanças em relação às tendências sociais percebidas no presente e nos rumos que essas tendências imprimem para a conformação social futura. A sociabilidade do jovem passa a ser totalmente relacionada à contemporaneidade (30). A violência pode corresponder, sob formas variadas, a esforços de afirmação e de participação em um mundo contraditório. Mas a violência é uma, mas não a única faceta da sociedade contemporânea, no que concerne a inseguranças e riscos. Todavia é o quadro da grande desigualdade existente na sociedade brasileira, um dos principais fatores que vem inviabilizando a realização do potencial de adolescentes e jovens.

Aqueles pertencentes às classes subalternas vivem em dupla situação de risco, pois, participam de uma socialização incompleta (1), onde há poucas oportunidades de integração no mercado de trabalho - aspecto reforçado pela baixa escolaridade. Por isso, são alvos fáceis para o mercado das drogas e do álcool e, quando surpreendidos ao cometerem infrações, enfrentam reprimendas que podem lhes custar a vida.

A vulnerabilização social de adolescentes e jovens que vivem em favelas e ou áreas periféricas das cidades e fazem parte das classes populares aparece em todas as questões acima apontadas. Os adolescentes e jovens inscritos no tráfico de drogas são considerados, com o empenho da Indústria Cultural, os responsáveis pela violência, embora sejam, as principais vítimas das mortes violentas nas estatísticas policiais. Em al-

guns momentos são indispensáveis, outros são descartáveis nas conexões internacionais da “indústria” do tráfico e ocultam os reais beneficiados com esse que é um dos setores mais lucrativos da economia mundial.

Essa vulnerabilização social está relacionada à idade, por terem sido aviltados em seus direitos e sofrerem efeitos desta violência, ou ainda, por não terem opção de trabalho no mercado legal. Nas pesquisas realizadas sobre a questão do tráfico, um ponto é comum é que, tanto adolescentes, como jovens, necessitam de reconhecimento social para a construção de uma identidade. Ingressam no tráfico e conhecem as vantagens e as desvantagens desta realidade. Tornam-se alvo fácil dos policiais, traficantes e da sociedade.

Os jovens empobrecidos pela sociedade capitalista vivem sobre risco real e concreto, que se intensifica pelo *ethos* hegemônico da masculinidade, configurado pelas armas de fogo e pelo tráfico de drogas e armas. Este modelo de constituição do masculino traz consequências para a saúde e para a vida dos homens, podendo ser considerado como fatores de vulnerabilidade, gerando vítimas e, por vezes, agentes da violência. Morrelba (58) e Cecchetto (16) discutem as conexões entre gênero e violência num contexto de desigualdade e opressão, apontando para a hegemonia de um *ethos* de masculinidade construído a partir de valores patriarcais e machistas que associam a masculinidade ao viril, à competição e à violência. Essa cultura viril, esse *ethos* de masculinidade, tem predomínio no tráfico de drogas. Estes jovens de um lado vivem o risco de serem mortos e de outro a violência pode ser uma forma de ser reconhecido. Reforçando características que perpassam o adolescente/ jovem como o gosto pelo risco, o desejo de onipotência, a busca de limites, a formação de grupos, a busca de modelos de identificação.

A arma é sinônimo de *status*, de poder, simboliza a virilidade, atrai as mulheres, incidindo sobre o imaginário dos adolescentes que se encontram numa fase de busca da identidade. As pesquisas apontam os jovens buscam o grupo na busca de uma identidade. Buscam o reconhecimento e a visibilidade social. Assis (8) registra, a partir de entrevistas realizadas com adolescentes que trabalhavam com drogas, que os motivos básicos que justificam a entrada desses meninos no tráfico são: dinheiro, mulher e respeito.

A exclusão social ou “inclusão marginal”, a necessidade de ser reconhecido, o desejo de pertencer, a busca de realização das promessas da Indústria Cultural, o fato de serem jovens e a necessidade de correrem riscos são alguns dos ingredientes que levam jovens urbanos a se integram no universo das gangues e do tráfico de drogas. Esse universo é associativo e ambíguo, cheio de refúgios e esconderijos, mas que só se realiza por ações espetaculares.

O Brasil tem enfrentado, nas últimas décadas, problemas variados com relação ao consumo, à produção e ao comércio de substâncias psicoativas consideradas ilegais pela legislação nacional. Destaca-se, nesse contexto, o tráfico de drogas em grandes metrópoles como o Rio de Janeiro e São Paulo e o incremento dessa atividade ilícita em cidades de médio e pequeno porte, cuja principal consequência foi o envolvimento de jovens e adolescentes que, não raramente, têm suas vidas ceifadas devido às características violentas da venda do varejo de drogas no país. Nos últimos anos, as altas taxas de homicídios contra jovens pobres e negros, moradores das periferias urbanas, têm sido creditada ao tráfico de drogas.

Tráfico como trabalho

Por isso o tráfico de drogas é a forma de inserção ilegal no mundo do trabalho e tem servido para a acumulação de capital. Está frente ao crescimento do desemprego estrutural, o que significa que uma parcela da população é lançada para a economia informal. O mundo do trabalho formal perde cada vez mais sua capacidade de engendrar mecanismos de regulação social que se pretendem eficazes e provoca a perversão desses mecanismos.

O tráfico de drogas, como qualquer indústria, funciona sob essa mesma lógica, os ‘trabalhadores’, em todas as etapas de produção, são “sacrificados” e passam pela mesma dominação e sofrimentos advindos das condições sociais injustas que se reproduzem na sociedade. O valor da força de trabalho, que, no caso do tráfico, pode de forma explícita significar a própria vida (30), como apontam diversos estudos (42, 49, 65). Assim, deve-se entender o tráfico como forma de organização do trabalho

que é informal e ilegal e emprega um grande número de jovens na sua estrutura. A Organização Internacional do Trabalho (66)^{II} enfatiza que muitas crianças e jovens estão envolvidos nas piores formas de trabalho infantil existentes, sendo necessário para tratar destas circunstâncias, torna-se urgente a erradicação desses tipos de trabalho.

O narcotráfico se entende como uma indústria transnacional de produção/fabricação, distribuição e comercialização de todo o tipo de drogas catalogadas por uma comunidade de países como ilícitas. A quarta etapa do circuito de seu capital é a lavagem de dinheiro, que amarra todas as etapas da cadeia do comércio de drogas e faz-se necessário para a legitimação da entrada de dinheiro ilícito que acumula, ligando a economia formal à ilegal e reciclando o dinheiro no sistema financeiro legal - etapa em que os jovens não participam.

Produção e fabricação

A fase inicial, configurada pelo desenvolvimento dos cultivos e tudo o que está relacionado com a transformação do produto original (matéria prima) para obtenção da droga, tal como o cultivo da folha de coca, compõe-se como a primeira etapa da cadeia internacional de produção e comercialização, que constitui-se enquanto uma categoria heterogênea.

Em geral, a repressão das atividades da indústria da droga tem produzido a dispersão de instalações da produção e a divisão do processo de produção em unidades pequenas, tecnicamente simples e que não necessitam de um grande investimento.

A coca é de cultivo fácil e não necessita de preparação intensiva da terra e não exige mão de obra qualificada. Assim, migrantes pobres e sem experiência agrícola podem realizar facilmente suas tarefas simples: queima dos terrenos, transplante das sementes para as matas e manutenção das plantações. Na maioria das regiões, a coca se cultiva em pequenas parcelas familiares, combinada com o cultivo de outros alimentos,

II O artigo terceiro da “Convenção sobre as Piores Formas de Trabalho Infantil” de 1999, (n° 182), diz respeito particularmente ao presente trabalho, definindo que o “**uso, obtenção ou oferta de uma criança para atividades ilícitas, em particular a produção e tráfico de drogas, conforme definido nos tratados internacionais relevantes**” como uma das piores formas de trabalho infantil (66).

como uma estratégia de diversificação, estratégia que garante um fluxo contínuo de dinheiro. São raras as plantações de coca que estão em áreas extensas e, no final, o produto é fácil de colher, empacotar e transportar.

Já no Brasil, não há um uso tradicional da maconha, como nos mol-des da folha de coca desses países andinos. Todavia, parte significativa dos envolvidos no plantio da maconha é de camponeses que, sem uma política agrária que os beneficie, se voltam para o cultivo dessa droga como alternativa de renda em uma região com fraco desempenho agrícola, devido às secas constantes na região do semiárido, onde há baixo investimento dos governos federal e estaduais para o apoio à produção de pequeno agricultor e para a agricultura familiar. Estudos apontam que as cadeias de Salgueiro e de Recife têm, entre seus hóspedes, número significativo de trabalhadores rurais, inclusive jovens que plantam a maconha no polígono da maconha (34, 43, 67). Outros estudos focam na dinâmica do plantio da maconha, na representação deste plantio como alternativa econômica em regiões sem uma política agrária definida, nas novas relações sociais oriundas da institucionalização do plantio e na violência que envolve este cultivo em algumas localidades (36, 42).

Há várias formas de relação entre agentes no plantio de maconha. No sistema de meeiro, o plantador recebe todos os insumos (sementes, adubos, etc) e, depois, a colheita é dividida entre os dois. O sistema de meeiro, entretanto, não é a única forma de relação entre agentes no plantio de maconha e há casos de contratação por salário ou de compra da produção de pequenos produtores, contratados para plantar, colher e vender toda a sua plantação para um determinado negociante.

Uma questão importante nesse contexto é a relação que se estabelece entre o lícito e o ilícito, haja vista que parte dos agricultores envolvidos no cultivo de maconha, em determinada época do ano, volta seu trabalho para atividades agrícolas legais. As constantes repressões das ações de erradicações de plantios na região protagonizadas pela Polícia Federal, em última instância, apenas vem servindo para penalizar o pequeno agricultor que se envolve nessa atividade ilícita, incluindo adolescentes, jovens e mulheres. Os jovens têm sido o grupo mais atingido por toda a violência proveniente da intensificação de tensões relativas ao plantio, tanto da maconha, como da coca. Geralmente, são os

mais envolvidos como guardiões de plantações ou em atividades correlatas, próprias do universo dessa atividade ilícita.

Refinamento / laboratórios

A cocaína precisa de um processo de transformação da planta: a planta é processada, transformando-se em uma pasta base e depois é realizado o refino, resultando em um pó branco que constitui a cocaína.

Os métodos de ação para esse refino são diversificados. As grandes fazendas são ainda o melhor lugar para os laboratórios clandestinos e estocagem dos produtos químicos necessários ao processo. Esses laboratórios são protegidos por vários olheiros e, com bastante flexibilidade, são montados e desmontados em poucos dias.

A Colômbia passou a outros países, seu outrora monopólio do refino de cocaína. Os centros de refino colombianos destruídos renasceram no Bolívia, Peru e Brasil (57, 59). Os meios de comunicação da Bolívia, Brasil e Colômbia têm noticiado à presença desses laboratórios de refino, quando estes são desmontados, embora no Brasil não haja cultivo da folha de coca (35). Os estados do Acre e do Mato Grosso do Sul (3) destacam-se por serem locais onde entra e de onde sai a droga, constituindo-se uma rede.

Distribuição – as “mulas”

O sistema de envio e distribuição utiliza variados sistemas de transportes e camuflagem. Embarcações privadas, voos *charter*, contêineres e os tradicionais “correios humanos”, os “mulas”, são algumas das formas mais comuns de introduzir e tirar as drogas ilícitas nos distintos lugares produtores para exportá-la. A maior parte da cocaína exportada continua sendo contrabandeada por mar, mediante grandes operações que utilizam conexões de contêineres, barcos pequenos e lanchas. No caso da maconha, que vem de Paraguai para o Brasil, o meio utilizado é o terrestre.

Os “correios humanos” de drogas ou “mulas” (4) são os meios frequentes utilizados pelas redes narcotraficantes que operam internacionalmente,

e cumprem a função de transporte da droga. Na maioria das vezes, são primários, ou seja, pessoas sem passagem pela polícia ou sem histórico de tráfico. São muito bem escolhidos pelos verdadeiros comerciantes, que buscam como principal característica o fato de não aparentarem serem criminosos, visando não serem facilmente descobertos.

Desta forma, esses trabalhos, mais perigosos são realizados por uma força de trabalho não qualificada e substituível, uma vez que as “mulas humanas”, empregadas para transporte de cocaína, levam a droga presa em seus corpos, mas também engolem cápsulas de pasta-base e, eventualmente, até mesmo de cocaína pura, ou, até mesmo, introduzem em seus orifícios corporais. Tratam-se, normalmente, de homens e mulheres que não têm emprego formal, ou de adolescentes e jovens sem perspectiva de vida (15), constituindo-se num número ilimitado de candidatos dispostos a correr os riscos inerentes a esta função. O valor dos ganhos pela viagem estão vinculados à nacionalidade, o tipo de mensageiro/”mula”/ transportador e a quantidade de droga contrabandeada (69).

Os riscos assumidos pelo transportador são imensos, visto que, na maioria das vezes, ele não conhece as pessoas que o envia e nem as que o esperam em seu local de destino. Para os “organizadores” do comércio da droga, esse tipo de tráfico apresenta poucos riscos, pois suas identidades se mantêm ocultas quando as drogas são confiscadas pela polícia. As “mulas” também podem ser sacrificadas como parte da estratégia ou tática do contrabando (4, 15), fator que vulnerabiliza ainda mais essa atividade. Nos Estados Unidos e na Europa, o uso de “mulas” de pequenas quantidades serve apenas como um laboratório de experimentação, se constituindo como estudo para proteção de suas cargas e para a construção de rotas que poderão viabilizar a entrega de grandes quantidades de drogas ao destino. As “mulas” são, assim, utilizadas como iscas na viabilização dos esquemas do tráfico (68), o que torna essa tarefa ainda mais arriscada e perigosa.

Apesar de ser uma constante nas relações socioeconômicas que estão sob a égide da ilegalidade,, tem experimentado um aumento devido às correntes migratórias geradas pela globalização e pelas diferenças cada vez maiores entre os países do chamado Primeiro Mundo com os outros A participação de um número cada vez maiores de pessoas nessas

atividades ilícitas tem consequências sociais cujo alcance não é ainda conhecido.

Quanto ao tráfico internacional, pesquisadores brasileiros têm analisado a questão do fluxo de pessoas que passam por essas fronteiras; desde adolescentes e jovens que servem como “mula” para traficar pequenas quantidades, como grupos que se articulam dois dos lados da fronteira para traficar quantidades mais significativas de maconha, visando abastecer os principais centros consumidores no Brasil.

Comercialização

Em estudo etnográfico realizado com adolescentes e jovens inseridos no tráfico de drogas, Feffermann (30) aponta que os jovens vendedores-trabalhadores da indústria do tráfico têm obrigações e seguem regras de trabalho específicas. O contrato existente nas relações de trabalho é verbal, a punição para o desrespeito de uma regra pode ser a morte. No contrato desse trabalho, uma das condições implícitas é a lealdade ao patrão e o silêncio em relação à identidade do dono do ponto-de-venda. Esses trabalhadores vivem a ilegalidade, o sigilo e a necessidade de estar em constante estado de alerta. Na força de trabalho destes jovens está embutido o risco, assumido para proteger o patrão e o risco de serem detidos ou mortos pelos policiais, pelo traficante ou pelos concorrentes. Eles são o “elo” entre o dono do ponto-de-venda e os consumidores, os fregueses da droga, garantindo a circulação da droga. A arma é o instrumento de garantia da segurança desse trabalhador-vendedor.

Outro aspecto a ressaltar, são as formas que regulam as relações sociais existentes no tráfico, ou seja, o contrato social. A fragilidade da regulação econômica e social hoje é um campo propício para o tráfico de drogas, entre outras contravenções. Estudar a lógica de funcionamento e os valores envolvidos. Marques (50-51) quando discute a questão do proceder, contribui muito para esta discussão. Os traficantes se apoiam em sistemas de troca e produção e constroem formas de ação e de contrato para a manutenção de poder. Constituem-se em um grupo que possui uma dimensão normativa que se organiza a partir da manutenção do

poder legitimado pelas normas vigentes no grupo. Assim, por atitudes despóticas apresentadas por traficantes-chefes se impõe o respeito pelo medo, ou pelo paternalismo - este último formato dissimula o excesso de autoridade sobre a forma de proteção para um grupo que se mantém estruturado.

Essas são relações sociais que podem agrupar condições para relações sociais subjacentes à condição marginal e, nesta situação específica, subjacente ao tráfico de drogas (32, 37). Para os jovens que trabalham no tráfico é a possibilidade de um lugar de continência. Constitui-se como forma de lidar com os conflitos que ocorrem em um grupo que, sob condição marginal, busca a sobrevivência e a garantia de poder. Não é de se estranhar que dados da Organização das Nações Unidas (ONU) apontem que, em 2006, o narcotráfico no Brasil empregava mais de 20 mil “entregadores” de drogas, a grande maioria jovens entre 10 e 16 anos (64).

A alta rentabilidade, a possibilidade de ascensão na estrutura hierárquica, além do *status* que o tráfico de drogas propiciam são fatores que, associados ao declínio de oferta de trabalho para adolescentes, contribuem para ingresso desses no tráfico de drogas, como apontam estudos realizados no Rio de Janeiro por Misse (57-59) e Zalar (76-78), bem como pela grande quantidade de estudos etnográficos realizados em comunidades cariocas (8, 12-13, 19-20, 22, 44-45, 48, 75), ou, mais especificamente, que abordam as facções do tráfico de drogas no Rio de Janeiro (2).

Recentemente, jovens envolvidos com o tráfico começam a ser estudados em outros estados brasileiros, como no Ceará, por Oliveira (60) e Damasceno de Sá (24), em Minas Gerais, por Faria (29), em São Paulo, por Feltran (31-33) e Hirata (40-41), que aprofundam a relação das periferias com a facção Partido do Primeiro Comando da Capital (PCC), além de pesquisas etnográfica realizadas por Feffermann (30); Graner-Araújo (37); Guimarães (39), Malvasi (49). Essas pesquisas etnográficas também têm sido feitas em outros países da América Latina, como o México, por Menéndez (53) e Zamudio Angles (79), que estudam os “narcomenederos”^{III}.

III Termo que se refere ao comércio de drogas ilícitas em pequena escala que têm grande participação de adolescentes e jovens.

Alguns dados da Indústria do Tráfico de Drogas no Brasil e no Mundo:

O faturamento obtido através da venda de drogas no mundo é extraordinário. Conforme estudo realizado pela ONU, estima-se que a renda anual de drogas ilegais seja de 400 bilhões de dólares, correspondendo a aproximadamente 8% do comércio internacional, superando a indústria automobilística e a atividade turística no Brasil (64). Concomitantemente, hoje, 10% do Produto Interno Bruto (PIB) mundial são consumidos por dispêndios gerais relacionados com o tráfico e uso das drogas (17), que mobiliza cerca de 1,75 trilhões de euros por ano, propiciando um valor de estimando em 200 mil dólares por minuto (18).

Embora o tráfico de drogas seja um fenômeno mundial é importante refletir sobre as singularidades locais da inserção social e da organização do tráfico de drogas, tornando mais concreta a análise com base em constantes que caracterizam sua situação geral. O Brasil se envolveu no comércio internacional das drogas como país de trânsito da produção de cocaína para Europa e Estados Unidos.

Porém, com crescente consumo de drogas nos Estados Unidos, o governo começa a produzir medidas contra os países produtores (região andina), difundido a percepção da droga como uma questão de segurança nacional e que, por isso, deve ser combatida com o envolvimento das Forças Armadas e dos órgãos de inteligência. Com o fim da Guerra fria, o governo americano debruça-se no combate as novas ameaças como o narcotráfico e mais recentemente com o terrorismo.

Como início do proibicionismo no início do século XX, a história das drogas na América Latina passou a se desenrolar de forma reativa aos acontecimentos mundiais, capitaneados pelos Estados Unidos. A produção expandiu-se de forma clandestina e crescentemente administrada pelo crime organizado. Uma realidade em que a estrutura violenta do capitalismo insurge com toda força e se configura como um Estado Punitivo (80-81) e controlador. As ofertas do Estado para os jovens que vivem nas periferias e morros das grandes cidades são o encarceramento e a execução sumária, realizada, na maioria das vezes, por agentes de Segurança Pública do Estado. Produz-se, assim, um imaginário de medo e insegura-

rança e a responsabilidade recai sobre o jovem preferencialmente negro^{IV} que vive nas periferias e favelas das grandes cidades, conforme confirma o mapa da violência de 2013 e demonstram Schwarcz (72) e Sansone (71).

A inserção do Brasil na rede de tráfico de drogas ilícitas de origem orgânica se diferencia segundo o tipo de droga, maconha ou cocaína, embora não seja classificado pelos organismos bi e multilaterais como um país que exporta matéria-prima para a produção de determinadas drogas.

A infraestrutura do tráfico de drogas, no país, foi instituída sobre a preexistente organização do bicho, do contrabando, do roubo e do desmanche de carros. E a lavagem de dinheiro foi criada a partir da imensa evasão fiscal e emissões clandestinas de capitais ao exterior.

No primeiro caso, da maconha, o Brasil é país produtor, grande consumidor e importador, principalmente do Paraguai. No caso da economia da coca e cocaína, a inserção é mais instável e diferenciada. É um país de trânsito para as redes internacionais de exportação de cocaína dos países andinos para outras regiões do mundo, mas não é um grande consumidor (30% do consumo de maconha), caso sejam confiáveis os estudos realizados em algumas áreas metropolitanas por entidades médicas e os dados de apreensão divulgados pela Polícia Federal e polícias estaduais.

O Brasil passou a ser, também, um importante consumidor de drogas, em especial, de maconha e de cocaína. Um mercado ativo e em expansão que conquistou especialmente os jovens.

Na rota internacional do tráfico, a droga entra no país principalmente pela floresta Amazônica. Como as fronteiras não são totalmente monitoradas (são 16 mil quilômetros só por terra) não existem impedimentos. Depois, a droga segue para os portos, aeroportos e pistas de pouso clandestinas espalhadas pelo território e são, então, enviadas em toneladas para os grandes centros urbanos de diferentes continentes.

Há diferentes rotas que trazem a cocaína e a maconha para o Brasil. Há as **rotas caseiras**, destinadas ao transporte da droga consumida pelos brasileiros, as rotas internacionais, nas quais a droga simplesmente passa

IV Dos 52.198 homicídios ocorridos no Brasil em 2011, 18.387 tiveram como vítimas homens negros entre 15 e 29 anos, ou seja, 35,2% do total. Foram assassinados 35.207 cidadãos negros no País em 2011, segundo levantamento feito pela Agência Brasil com base em dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (62).

pelo país que é usado como corredor das drogas, que têm como destino final os Estados Unidos e a Europa, e as rotas mistas, aquelas em que as drogas vêm para consumo no Brasil e outra parte passa, mas segue para o exterior.

A maior parte da cocaína vem da Colômbia por fronteiras seca e por água do Estado do Acre e Rondônia com o Peru e Colômbia, apontadas como locais estratégicos para a entrada de cocaína no território brasileiro. A circulação de recursos financeiros levou as agências bancárias de cidades fronteiriças a movimentarem um montante de dinheiro significativo que chamou a atenção não somente de autoridades, mas, também, de pesquisadores que desenvolveram pesquisas específicas sobre os altos recursos que circulam na fronteira do Brasil com países andinos que possuem grupos que exportam cocaína que passam e, muitas vezes, ficam em território brasileiro.

Quanto à maconha, boa parte vem do Paraguai que abastece os principais centros consumidores nacionais, apesar do Brasil produzir maconha principalmente no chamado Polígono da Maconha, área do semiárido nordestino. Porém, a quantidade produzida no sertão nordestino não é suficiente para a demanda interna e, por isso, os traficantes importam a erva do Paraguai.

A região do Polígono da Maconha é, reconhecidamente, aquela que apresenta a área de maior extensão de plantio. Localizada no Sertão Nordeste - considerada uma das regiões mais pobres do Brasil - é responsável por cerca de 40% da maconha produzida no país e se dirige às capitais nordestinas e outras cidades menores da região. Mas também há parcelas significativas de plantios em municípios no estado do Maranhão, de Mato Grosso do Sul, parte de Minas Gerais e do interior do estado de São Paulo. Conforme há maior repressão no Polígono, nota-se dispersão de plantios em áreas até então inexistentes.

Já a importação do Paraguai abastece 60% da maconha consumida no Brasil. A entrada do produto se dá pelos Estados do Paraná e do Mato Grosso do Sul, o que levou a um fluxo significativo de pessoas que circulam nas fronteiras desses estados com o país vizinho. Não raro, nessas fronteiras entram armamentos e há correlação do tráfico com outras criminalidades correlatas.

Associado ao tráfico de drogas há o tráfico de armas, negócio que também movimentava milhões de dólares. Calcula-se que das 17 milhões de armas existentes no país, 4 milhões estejam nas mãos do crime organizado. Hoje, os distribuidores de droga no Brasil se mostram responsáveis por essa dupla função: suprir o mercado nacional e alimentar parcialmente o mercado europeu, exigindo revisão das estratégias de armazenamento e comercialização (61).

Tanto as drogas, como as armas, chegam ao Brasil por meio das “formiguinhas”, pessoas que as transportam em veículos particulares, além das trazidas pelos grandes traficantes que as encomendam em quantidades que chegam via terra, mar e, hoje raramente, via ar.

A presença significativa de armas de grande poder ofensivo nas localidades onde o tráfico se instala, aliada aos conflitos constante de grupos que disputam a hegemonia da venda do varejo e desses grupos com a polícia, transformam esses locais em territórios com alta vulnerabilidade para seus moradores. Muitas pesquisas produzidas nas últimas décadas demonstram que o tráfico urbano, envolve crianças e adolescente das favelas, implicando também na violência policial contra moradores dessas localidades. O maior protagonismo feminino também vem sendo observado, entre outras questões que derivam das relações dos diversos atores que interagem na dinâmica do tráfico de drogas.

Por fim... ou melhor para início de outra conversa..

Interessa notar que algumas características são básicas do tráfico de drogas: a manutenção de redes internacionais para o escoamento de produto ilegal, a conquista de territórios (áreas de influência), a confecção de códigos de conduta intragrupo em organizações hierárquicas, a solução frequentemente violenta de disputas, a influência no aparato repressivo estatal e, em outras instâncias de governo, serão imprescindíveis para o crescimento da indústria do tráfico.

O tráfico, sob o aspecto de indústria de drogas ilícitas, é a forma de inserção ilegal de jovens no mundo do “trabalho”. Considerando que o trabalho e, na maioria das vezes, a falta dele são pontos que acirram esta

condição de vulnerabilidade do jovem. E essa condição de vulnerabilidade tem se agravado nas últimas décadas com o crescimento de economias paralelas, como a venda de armas, o roubo, o narcotráfico.

Trabalhar no tráfico é uma atividade arriscada e que pode ter como consequência a morte, o encarceramento, mas para muitos também significa viver com intensidade e configura-se como forma de pertencimento a uma sociedade que prima por valorizar o consumo e o capital. Ao responder o apelo mediático, que busca transformar as relações e as pessoas em mercadoria, esta inserção no mundo do trabalho ilegal é vivida com todos os conflitos de um trabalhador: com regras e obrigações.

Todavia, a lógica proibicionista, impõe a esses e essas jovens o lugar da ilegalidade, produzindo uma guerra - a guerra contra as drogas -, que na prática se transforma em guerra contra os jovens, em sua maioria, negros que vivem nas regiões periféricas ou nos morros das cidades brasileiras e latino-americanas.

Os índices apontam que o encarceramento em massa, a criminalização do pobre e os homicídios, entre outros, são as principais consequências das políticas proibicionistas sobre drogas que estão vigentes hoje em nossos países.

Referências

1. ADORNO, S. A Experiência precoce da punição. In: MARTINS, J. S. (org.). **O massacre dos inocentes**. São Paulo: Hucitec, 1993.
2. AMORIM, C. **CV - PCC: a irmandade do crime**. Rio de Janeiro: Record, 2003.
3. ANDRÉ, R.N. *Tráfico de drogas e lavagem de dinheiro: um estudo sobre a atuação das redes ilegais na Amazônia brasileira*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.
4. ANGARITA, A.I.T. **Drogas y criminalidad femenina en Ecuador: el amor como un factor explicativo en la experiencia de las mulas**. [Tese]. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito, 2007. 193p.
5. ARBEX, JUNIOR. J. **A irmandade do crime**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

6. ARBEX JUNIOR, J.; TOGNOLLI, C.J. **O século do crime**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1996.
7. ARENDT, H. **As origens do totalitarismo**: antissemitismo, imperialismo, totalitarismo. Tradução Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
8. ASSIS, S.G. **Traçando caminhos numa sociedade violenta**: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro; Brasília: FIOCRUZ-CLAVES; UNESCO; Departamento da Criança e do Adolescente da SEDH – Ministério da Justiça, 1999.
9. ASTORGA, L.A. **Mitología del “narcotraficante” en México**. Mexico DF: Plaza y Valdés, 1995.
10. ASTORGA, L. **Seguridad, traficantes y militares**. el poder y la sombra. Mexico: Tusquets, 2007. 337p.
11. BATISTA, V.M. **Difíceis ganhos fáceis**: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.
12. BARBOSA, A.R. O baile e a prisão – onde se juntam as pontas dos segmentos locais que respondem pela dinâmica do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Cadernos de Ciências Humanas**, Rio de Janeiro, v.9, n.15, p. 95-118 jan/jun, 2006.
13. BARBOSA, A.R. Segmentaridade e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Alceu**, Rio de Janeiro, v.2 n.3, 2001, pp.166-179.
14. BLAT, J.C.; Christino M.S.; PORTO R. Levantando o véu do crime organizado. [entrevista]. **Revista Caros Amigos**, ano VI, n. 70, p.31, jan. 2003.
15. CAMPOS NETO, M.F. **“Mulas humanas” no narcotráfico internacional Bolívia – Brasil**. Campinas: Millennium, 2011.
16. CECCHETTO F.R. **Violência e estilos de masculinidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2004.
17. CECILIO, L.R. O Brasil no cenário do tráfico internacional de drogas: um estudo multidimensional da realidade. **Revista da SJRJ**, v.17, n.29, p.269-288, 2010.
18. CENTRO DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS RIO DE JANEIRO (UNIC-Rio). Tráfico de cocaína e heroína rende 200 mil dólares por minuto. **UNIC-Rio**. (on line). Disponível em: <<http://unicrio>>.

org.br/trafico-de-cocaina-e-heroina-rende-200-mil-dolares-por-minuto/>.

19. CONSTANTINO, P. **Entre as escolhas e os riscos possíveis** – a inserção das jovens no tráfico de drogas. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.
20. CRUZ NETO, O; MOREIRA, M.; SUCENA, L. **Nem soldados nem inocentes** – juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
21. CUNHA, M.I.P. **Entre o bairro e a prisão: tráficos e trajetos**. Lisboa: Fim de Século, 2002.
22. CUNHA, M.I.P. A Violência e o Tráfico: para uma comparação dos narco-mercados. In: MARQUES, A.C. (org). **Conflitos, política e relações sociais**. Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará; FUNCAP; CNPq-Pronex; Campinas, SP: Pontes Editores, 2007.
23. DAMASCENO DE SÁ, L. A moralidade do bichão: uma análise etnográfica das narrativas sobre ofensas morais como falta de ‘consideração’ na trajetória de jovens assaltantes em Fortaleza. [Paper]. In: **34º Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, 2010.
24. DUNCAN, G.; VARGAS MEZA, R.; LOPEZ, R. (org.) **Narcotráfico en Colombia**. economía y violencia. Bogotá: Fundación Seguridad & Democracia, 2005.
25. EL PAÍS, E.L. Latinoamérica se rompe por la droga. Los Gobiernos comparten el objetivo de acabar con el narcotráfico, pero se encuentran divididos a la hora de encarar el problema del consumo. **El País**, Buenos Ayres, 14 abr. 2008.
26. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas vol. 1**. Madri: Alianza Editorial, 1989.
27. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas vol. 2**. Madri: Alianza Editorial, 1997.
28. ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas vol. 3**. Madri: Alianza Editorial, 1990.
29. FARIA, A.A.C. **Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.
30. FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico**. Petrópolis, Vozes, 2006.

31. FELTRAN, G.S. **Fronteiras em tensão**. [Tese]. Faculdade de Ciências Sociais. Universidade de Campinas. Campinas, 2008.
32. FELTRAN, G.S. O legítimo em disputa: as fronteiras do mundo do crime nas periferias de São Paulo. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, v.1, n.1 p.93-126, 2008.
33. FELTRAN, G.S. Crime e castigo na cidade: os repertórios da justiça e a questão do homicídio nas periferias de São Paulo. **Cadernos CRH**, Salvador, v.23, n.58, jan/abr. p.59-73.
34. FRAGA, P.C.P. Juventude, violência e narcotráfico no Brasil: Para Além do Rural e do Urbano. In: IULIANELLI, J.A.; MOTA, A.M. **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
35. FRAGA, P.C.P. A geopolítica das drogas na América Latina. **Revista em Pauta**, n.19, p.67-88, 2009.
36. FRAGA, P.C.P.; LISA, M.Q.; CHAGAS, M.P. **Jovens construindo políticas públicas para a superação de situações de risco, no plantio da maconha, na região do submédio** São Francisco. [Relatório]. Brasília: SENASP/ Ministério da Justiça, 2006.
37. GRANER-ARAÚJO, R.C. E. **Quando eu crescer quero ser como ele**. adolescente: o tráfico de drogas e a função paterna. 146f. [Dissertação]. Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista. Assis – SP, 2009.
38. GRILLO, C.C. **Fazendo o doze na pista**: um estudo de caso do mercado ilegal de drogas entre os jovens de classe média do Rio de Janeiro. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.
39. GUIMARÃES, A.L.C. **Tráfico de drogas**: percepções e concepções de seus agentes na cidade de Ribeirão Preto. 284f. 2005. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Departamento de Filosofia e Educação. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2005.
40. HIRATA, D. No meio de campo: o que está em jogo no futebol de várzea. In: TELES V.; CABANES, R. (orgs.) **Nas tramas da cidade**: trajetórias urbanas e seus territórios. São Paulo: Humanitas, 2006. p.243-278.
41. HIRATA, D. **Sobreviver na adversidade**: entre o mercado e a vida. [Tese]. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

42. IULIANELLI, J.A. O gosto bom do bode: juventude, sindicalismo, reassentamento e narcotráfico no submédio. In: RIBEIRO, A.M.M.; IULIANELLI, J.A.S. **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro, DP&A, pp. 79-92.
43. IULIANELLI, J. A. & FRAGA, P.C.P. Juventude e narconegócio no Submédio São Francisco. **Revista Tempo e Presença**, Rio de Janeiro, n.320, Supl. Espec. 24 pp, 1998.
44. LYRA, D. **A república dos meninos: juventude, tráfico e virtude**. Rio de Janeiro: Mauad; FAPERJ, 2013.
45. LINS, P. **Cidade de Deus**. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1997.
46. MACHADO, L.O. Medidas institucionais para o controle do tráfico de drogas e da lavagem de dinheiro e seus efeitos geoestratégicos na região Amazônica brasileira. **Cadernos do IPPUR**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.7-31. 2007.
47. MACHADO, L.O. Região fronteiras e redes ilegais – estratégias territoriais na Amazônia Sul-Americana. **Limes – Revista Italiana di Geopolítica**, n.3, Supl.al Quaderni Speciali, p.173-183, 2007.
48. MACHADO, D.C. Jovens no mercado de trabalho do Rio de Janeiro. **Trabalho e Sociedade**, n.1, p.3-10. Ago 2001.
49. MALVASI, P. A. **Interfaces da vida loka: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo**. [Dissertação]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
50. MARQUES, A. **Crime, proceder, convívio-seguro: um experimento antropológico a partir de relações entre ladrões**. [Dissertação]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.
51. MARQUES, A. Liderança, “proceder” e “igualdade”: uma etnografia das relações políticas no Primeiro Comando da Capital. **Etnográfica**, Lisboa, v.14, n.2, p.311-335, junho 2010.
52. MAGALHÃES, M. **O Narcotráfico**. São Paulo: Publifolha, 2000.
53. MENÉNDEZ, J. F.; SLACK, A.M.S. **El enemigo en casa: drogas y narcomenudeo en México**. Madrid: Aguilar, 2008.
54. MISSE, M.I. **Malandros, marginais e vagabundos: a acumulação social da violência no Rio de Janeiro**. [Tese]. Instituto Universitário de Pesquisas. Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro, 1999.

55. MISSE, M.I. As ligações perigosas: mercado informal ilegal narcotráfico e violência no Rio de Janeiro. **Contemporaneidade e Educação**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.93-116, 1997.
56. MISSE, M.I. **O movimento**: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência, drogas e pós-modernidade. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003.
57. MONTEIRO, L.C.R. Plano Colômbia e efeitos geopolíticos na Amazônia sul-americana. In: **Anais do XIV Encontro Nacional de Geógrafos**. Rio Branco (AC): AGB, 2006.
58. MORELBA, J.G. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In: BRICEÑO-LEÓN, R.; MINAYO M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. (coords.). **Salud y equidad**: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.361-367.
59. MOULIN, C. Fronteiras solidárias, vidas solidárias. Narrativas sobre o deslocamento na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Revista interdisciplinar da mobilidade humana**, Brasília, n.18, v.35, p.189-210, 2011.
60. OLIVERA, J.E.S. **Novas fronteiras do trabalho**: vivências ‘a margem’ dos trabalhadores do tráfico de drogas. [Mestrado]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.
61. MACHADO, L.O. Espaços transversos: tráfico de drogas ilícitas e a geopolítica da segurança. **Geopolítica das Drogas. Textos Acadêmicos**. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011.
62. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação sobre mortalidade. Disponível em: <http://sim.saude.gov.br/default.asp>.
63. OLMO, R. Las relaciones internacionales de la cocaína. **Nueva Sociedad**, Caracas, n.130, p.126-143, 1994.
64. Organização das Nações Unidas (ONU). Escritório contra Drogas e Crimes (UNODC). **Brasil: perfil do país 2005**. Brasil: Escritório Regional do UNODC no Brasil, 2005.
65. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Programa Internacional de Eliminação do Trabalho Infantil. **Crianças no tráfico de drogas**: levantamento rápido. Genebra: IPEC, 2002.

66. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção sobre as piores formas de trabalho infantil**. Genebra: OIT, 1999.
67. PROCOPIO, A.; VAZ, A.C. O Brasil no contexto do narcotráfico internacional. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, n.1, p.75-122, 1997.
68. RASTELLO, L. **Yo soy el mercado: teoría, métodos y estilo de vida del perfecto narcotraficante**. Trad. Montserrat Triviño. Barcelona: Duomo, 2010.
69. REUTER, P.; TRUMAN, EM. *Anti-money laundering overkill?: it's time to ask how well the system is working*. **The International Economy, Whashington**, p.56-60, 2005.
70. ROBINSON, J. **A globalização do crime**. Tradução de Ricardo Inojosa. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.
71. SANSONE, L. **Negritude sem etnicidade: o local e o global nas relações raciais e na produção cultural negra do Brasil**. Salvador: EDUFBA/Pallas, 2003.
72. SCHWARCZ, L.M. As teorias raciais, uma construção histórica de finais do século XIX: o contexto brasileiro. In: SCHWARCZ, L.M.; QUEIROZ, R.S. (Orgs.). **Raça e diversidade**. São Paulo: EDUSP/Estação Ciência, 1996. p. 147-185.
73. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNDC). **World drug report 2013**. Genebra: UNDC, 2013. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf>.
74. VILLALOBOS, J. Doce mitos de la guerra contra el narco. **Nexos**, Sen- línea, p.1, 2010.
75. ZACCONE, O. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2007.
76. ZALUAR, A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza**. São Paulo. Brasiliense, 1985.
77. ZALUAR, A. **Condomínio do diabo**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ/REVAN, 1994.
78. ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2004.

79. ZAMUDIO ANGLES, C.A. Jóvenes en el narcomenudeo: el caso de la Ciudad de México. **Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana**, Ecuador, Quito, n.13, p.111-123, 2013.
80. WACQUANT, L. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2001.
81. WACQUANT, L. **As duas faces do gueto**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2008, 162p.
82. WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2013**. homicídio e juventude no Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf>.



Modelos de Controle de Drogas: mapeando as estratégias de política de drogas em busca de alternativas ao modelo repressivo

Luciana Boiteux

Resumo:

O capítulo analisa as políticas de droga adotados em vários países, a partir de quatro grandes modelos de controle: (1) proibicionismo, (2) reducionismo, (3) despenalização e seus diversos sub-modelos e o (4) modelo de regulação. Aponta que a análise dessas

experiências permite vislumbra que o proibicionismo não é a única opção para se lidar com a problemática da droga, nem foi a primeira estratégia adotada, além de se mostrar como modelo falido com relação a seus fins declarados de erradicar o cultivo e a produção das substâncias hoje ilícitas e de reduzir o consumo. Aponta que há amplas possibilidades de implementação de modelos concretos de despenalização e legalização que incluam a redução de danos como estratégias mais vantajosas para a questão das drogas.

Introdução

Modelos de controle de drogas são respostas jurídicas e sociais elaboradas e aplicadas para o controle sobre pessoas que fazem uso de drogas (ilícitas e lícitas) e todo o circuito em seu entorno. Seu estudo permite verificar a sustentação teórico-analítica dos diferentes vetores de política que servirão de instrumento para guiar as “tomadas de posição” pelos elaboradores da norma (penais e extrapenais).

Nessa análise, que realizamos inicialmente em nossa tese de doutorado (2), baseada na proposta de Caballero e Bisiou (9), propomos, para fins de um estudo amplo que permita analisar as diferentes leis de drogas e políticas adotadas em vários países, a divisão dos modelos de controle de drogas em quatro: *proibicionista*; *reduccionista* (ou modelo de redução de danos), *despenalizador* (que se subdivide em descarcerizador, descriminalizador e o modelo holandês) e *legalizador*.

Considerando que o modelo prevalente hoje de controle penal sobre as drogas ilícitas é o proibicionista, baseado nos tratados internacionais, mas que este, apesar de hegemônico, configura apenas um dos modelos de controle ao prever mecanismos legais de incriminação e punição de pessoas pelos delitos de posse e tráfico de drogas, iniciaremos nossa análise sobre ele, para depois abordar os demais, com o objetivo de propor uma visão crítica sobre as políticas de drogas atuais.

Modelos de controle das drogas

– *o modelo proibicionista*

Trata-se de um modelo recente, que tem pouco mais de cem anos desde sua primeira elaboração, que se deu no início do século XX. O modelo proibicionista prevê a interdição total de todas as operações envolvendo as drogas ilícitas, desde a posse até a produção, e tem por base a premissa (nunca comprovada) que os efeitos perversos no campo da saúde pública devem ser resolvidos mediante a repressão penal, na perspectiva repressiva e simbólica. Seu discurso sustenta que a mera previsão legal destes crimes teria um efeito intimidatório capaz de impedir que as pessoas praticassem tais condutas. Esse modelo de controle

“opõe-se aos demais modelos alternativos por seu fundamento jurídico-moral, unido ao sanitário-social, e constitui hoje o modelo internacional imposto a todos os países pelas Nações Unidas por meio de tratados internacionais vinculantes, que sujeitam os países não aderentes a sanções internacionais econômicas. Foi implementado em oposição ao total liberalismo que existia até o início do século XX, e caracteriza-se pelo controle da oferta, da produção e do consumo. Busca dissuadir o uso de determinadas substâncias através da coação e da ameaça de punição, em especial com pena de prisão, e tem por objetivo alcançar o ideal da abstinência” (2, p. 45-46).

Aqui utilizamos o vocábulo “droga” no sentido de uma substância que atua sobre o sistema nervoso central que, após um julgamento de valor, ganha a qualificação normativa de lícita ou ilícita mediante a criação de uma norma proibitiva.

Uma das características mais marcantes do proibicionismo é justamente a distinção normativa entre drogas lícitas (como álcool e tabaco), usadas por pessoas bem posicionadas na sociedade, e ilícitas (como maconha e cocaína, entre outras), típicas de *outsiders*, ou de pessoas à margem da sociedade, tendo por base uma decisão política internacional.

Destaque-se que nunca houve uma discussão séria sobre essa distinção, que, motivada por interesses geopolíticos de grandes potências do final do século XIX, posteriormente foi mantida pelas Nações Unidas, não havendo base científica ou democrática para essa artificial diferenciação. Atualmente, com o avanço no debate do tema, pesquisadores de ponta,

como Nutt, King e Saulsbury (20) e Nutt King e Philipps (21) contestam as bases não científicas dessa distinção atual, ao analisar os riscos e danos decorrentes do consumo, de forma comparada, de vários tipos de drogas, não encontrando motivos suficientes para essa classificação atual, apontando para a falta de critérios nessa distinção normativa, havendo substâncias como a *cannabis*, por exemplo, verificadas empiricamente como menos danosas em seus efeitos do que o álcool que é atualmente lícito.

É importante recordar que o modelo proibicionista foi inicialmente elaborado para o controle do uso de álcool nos Estados Unidos, na década de 20 do século XX, por meio da chamada “Lei Seca”, que vigorou por mais de dez anos, mas não conseguiu frear as fortes raízes do consumo social de bebidas alcoólicas naquele país. Frente à implementação da lei, o crime organizado teve enormes lucros e nunca se consumiu tanto álcool nos Estados Unidos. Não obstante, enquanto durou a proibição, a intensidade da repressão levou muitos vendedores de álcool à prisão. O fracasso desse tipo de política, marcada pela intransigência, levou à liberação do consumo de bebidas alcoólicas após pouco mais de uma década, enquanto a tese proibicionista se voltou para outras drogas, por influência comercial e política.

A mudança da política em relação ao álcool levou à substituição da ideia, para esse tipo de droga, de abstinência por uma “moral social de moderação”, que prega o consumo moderado de bebidas alcoólicas, tendo a tese proibicionista (e absenteísta) se voltado para as drogas narcóticas e psicotrópicas, que passaram a estar sujeitas a controle policial repressivo, enquanto que o álcool foi liberado e sua indústria se desenvolveu amplamente.

Diz-se, portanto, que tal modelo se baseia sobre o fundamento advindo da moral protestante do século XIX, que vê na abstinência um ideal de virtude. Como bem analisa Caballero (9), a tese de abstinência idealiza a figura de um cidadão modelo: religioso, abastemio, sem vícios e que vive tranquilamente em sociedade. Contudo, este ideal é de difícil realização prática, pelo dado antropológico de que as pessoas sempre consumiram algum tipo de droga. Por mais que se considerem certas virtudes sociais de comportamentos socialmente regradados e conformistas, não há como se impor um modelo ideal a toda uma sociedade, ignorando a diversidade.

No modelo proibicionista, a proibição repousa sobre a premissa da supressão da oferta por meio da interdição geral e absoluta de todo o uso, comércio e produção, que passam a ser previstos como crime, e sancionados com pena de prisão. Se presume que a interdição pela lei penal, sob ameaça de pena, vai fazer com que as pessoas deixem de consumir substâncias determinadas. Este modelo, posteriormente, foi “aperfeiçoado” com a militarização do combate às drogas por meio do que veio a se denominar de “Guerra às Drogas”, a partir do Governo de Richard Nixon, presidente do Estados Unidos entre 1964-1974.

Não obstante suas contradições (ou por causa delas), este modelo de proibição criminalizador é hoje imposto a todos os países pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de tratados internacionais vinculantes, embora haja alguma tolerância ou permissividade em relação à criminalização do usuário, com base em dispositivos constitucionais nacionais (5).

A experiência de pouco mais de cem anos de proibição mostrou que, apesar da repressão, as drogas ilícitas continuam sendo amplamente consumidas, ganharam valor de mercadoria de troca e se inseriram em amplo mercado ilegal. Pode-se afirmar que uma das consequências do proibicionismo é, ainda, o alto nível de encarceramento (4) e a marginalização de um número cada vez maior de pessoas que não se adequam ao modelo de conduta imposta pela norma, por não compartilhar dos mesmos valores morais defendidos pela norma proibitiva - no caso, a abstinência. Por outro lado, muitos setores marginalizados são levados a atuar nos mercados ilegais justamente pelos altos lucros e possibilidades concretas de remuneração que emergem deles.

Em termos concretos, podemos dizer que o proibicionismo clássico vigora nos Estados Unidos a nível federal (e na maioria dos estados americanos)¹ (28), em alguns países europeus (Suécia, Finlândia e França, países europeus com leis mais duras sobre drogas) e na Ásia (especialmente no Sudeste Asiático, como na Indonésia e Filipinas, este que bateu recorde de execuções de pessoas condenadas por tráfico (22).

¹ Recentemente, no final de 2016, os estados da Califórnia, Maine, Massachusetts e Nevada legalizaram e regulamentaram o uso de maconha por adultos, se somando ao Colorado e Washington State (que o fizeram em 2012), além de Oregon, Alasca e Washington-DC que alteraram suas leis referentes à *cannabis* (28).

Na América Latina, temos modelos intermediários ou moderados de controle das drogas, apesar da forte influência da política norte-americana no século passado. Embora a lógica proibicionista se aplique na maioria dos países, nos últimos tempos houve uma maior flexibilização deste modelo que chamamos de “proibicionista moderado”, que coexiste com modelos reducionistas e despenalizadores.

Pensando em alternativas, é interessante notar que, apesar de não ter sido alterada uma vírgula dos tratados, cada vez mais países estão alterando suas leis nacionais rumo a políticas alternativas para a *cannabis*, como é o caso do Uruguai e dos nove estados norte-americanos que mudaram suas políticas estaduais (28). Por outro lado, temos o modelo proibicionista “à europeia”, que mistura uma legislação repressiva, inclusive com a prisão do usuário em alguns países, com uma prática tolerante em alguns locais com relação ao uso da *cannabis* e a aplicação de estratégias de injeção terapêutica e de redução de danos, como veremos a seguir.

- *modelo despenalizador*

O modelo despenalizador, também chamado proibicionista “moderado”, se fundamenta na concepção gradual de progressiva redução do controle penal sobre a posse e o uso de drogas, ou por sua substituição por controles administrativos, inicialmente em relação aos usuários, mantendo, no entanto, a política repressiva em relação a grande parte das condutas envolvendo o tráfico. Ele compreende tanto a redução das possibilidades de aplicação da pena de prisão, que são substituídas por alternativas não privativas de liberdade, como a retirada do caráter penal do uso e da posse de drogas ou sua submissão a um controle administrativo não-penal. Por definição, este modelo não inclui a retirada do controle penal sobre condutas ligadas ao tráfico, o que somente ocorre na Holanda.

Assim, para efeitos didáticos, destacamos três submodelos de análise: *descarcerização* (do uso e da posse); *descriminalização* (do uso e da posse) e, ainda, o *modelo holandês - sui generis* - no qual não há descriminalização da posse, mas sim sua “despenalização”, assim como do pequeno comércio e plantio de drogas ditas “leves” (tais como *cannabis* e derivados) que continuam previstos em lei como crime, mas o sistema deixa de atuar através do princípio da oportunidade da ação penal pelo Ministério Público^{II}.

II Isso se dá em países como a Holanda, e também nos Estados Unidos, onde o Ministério Público pode determinar orientações sobre casos em que os acusados serão processados, ou não, indicando prioridades para a atuação da repressão.

Dentro do modelo despenalizador, temos o submodelo *descarcerizador* que, em termos comparativos, seria uma modalidade menos intensa de proibicionismo, por não contestar abertamente os tratados internacionais, uma vez que mantém formalmente a criminalização das condutas de posse e tráfico de drogas (e todas as demais a essas equiparadas), que continuam proibidas e permanecem mantidas dentro do sistema penal, sujeitas em tese à pena de prisão. Porém, a diferença é que se reduz a privação de liberdade para o usuário ou detentor, deixando-se de punir o agente com pena de prisão, seja pela suspensão do processo, seja pela aplicação de medidas alternativas não privativas de liberdade. O que se altera, portanto, é apenas as sanções a serem aplicadas ao usuário, sendo a prisão substituída por alternativas, tanto como pena, no formato da suspensão do processo, como também na prestação de serviços à comunidade; limitação de final de semana; restrição ou suspensão da carteira de motorista ou do porte de arma; encaminhamento a tratamento na forma ambulatorial.

Outro formato despenalizador é a aplicação de diretivas e circulares do Ministério Público em países regidos pelo princípio da oportunidade da ação penal, ou seja, quando o promotor não está obrigado a iniciar uma ação penal. Neste caso, apesar da previsão legal de pena privativa de liberdade, este Ministério pode optar por não iniciar o procedimento contra o agente acusado de posse de drogas. Em alguns casos, a despenalização somente é aplicável à primeira passagem do agente pelo sistema penal, após o que ele poderá receber uma pena de prisão, ainda que de curta duração, o que atinge e prejudica o dependente ou usuário contumaz.

Destaque-se que, nem sempre um modelo despenalizador em tese é necessariamente alternativo ou benéfico ao usuário, pois, em regra, insiste no controle penal e apenas restringe a hipótese de prisão, mantendo o estigma da reincidência que pode levar à prisão nas apreensões seguintes. A base legal para tal tipo de alternativa à pena de prisão está no documento editado em 1972 como Protocolo Adicional à 1a. Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 (29), que menciona a necessidade de se providenciar acesso a tratamento e reabilitação de dependentes, em conjunto ou em substituição à pena de prisão nos casos criminais envolvendo pessoas que precisam de tratamento.

Ainda é uma alternativa à proibição bastante tímida que se sustenta no simbolismo da norma penal, pois mantém a estigmatização do usuário e do dependente quando permite que este continue em contato com a polícia e com o sistema judicial. Considera-se que tal modelo deveria evoluir para a descriminalização, pois a manutenção da ameaça da prisão e passagem do usuário pelo sistema penal, ainda que sem a possibilidade real de cumprir pena detentiva mantém o usuário sobre o controle penal formal.

Normalmente, os países que adotam esse modelo também aplicam políticas de redução de danos, na forma de um modelo proibicionista mais flexível, ao menos com relação ao usuário.

Dos países europeus ocidentais, Alemanha, Áustria, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Reino Unido, Suíça e Holanda despenalizaram a conduta da posse de drogas para uso pessoal. Podemos ainda situar o Brasil nesse submodelo, de acordo com a Lei atual nº 11.343/2006 (6), que em seu artigo 28 prevê penas alternativas, sendo antes desta aplicável a Lei nº 9.099/1995 (7), que previa a suspensão condicional do processo para os casos de usuários incriminados com base na lei anterior nº 6.368/76 (8), que já previa pena de seis meses a dois anos em seu artigo 16, pelo menos numa primeira passagem pelo sistema de justice criminal.

Já o submodelo *descriminalizador* também se apresenta como uma forma moderada de proibicionismo em relação ao usuário. É menos hipócrita e garante melhor as liberdades individuais, quando, por motivos dogmáticos ou práticos, prevê a descriminalização da posse de drogas para uso próprio, ou seja, a retirada da conduta do direito penal. A opção por essa política é corajosa, pois contesta a interpretação literal dos tratados internacionais e impõe modelos de controle não penais sobre o usuário, ainda que em algumas legislações ainda mantenha a proibição na esfera administrativa. A base teórica da descriminalização se sustenta na perspectiva da garantia liberal e constitucional dos direitos das pessoas à privacidade e à liberdade.

Tal modelo é ainda sujeito a críticas, por sua parcialidade e setorialidade ao lidar com o problema da droga, por deixar de lado o comércio e outros atos de tráfico. Assim, se cria um sistema extremamente liberal para o usuário, enquanto se mantém o tráfico criminalizado com altas penas, insistindo-se na repressão do sistema penal em um campo no qual

não tem tido nenhuma eficácia ou legitimidade. A descriminalização do uso e da posse pode ser vista como etapa prévia e antecedente à exclusão das sanções penais para a produção e comércio de drogas, mas por si só ainda se mostra uma opção insuficiente. Há também divergências com relação a que tipos de drogas deveriam ser descriminalizadas, se somente as drogas consideradas leves, como a *cannabis*, (diante de seus menores riscos de dependência, especialmente se comparados com o tabaco ou o álcool), ou se todas as drogas, sem exceção, como é o caso das legislações da Espanha e de Portugal^{III}.

A adoção concreta deste submodelo foi feita por países de forma cautelosa, somente no caso de uso e posse não problemáticos, de pequenas quantidades de drogas para uso pessoal, só para adultos, ainda mantendo como crime o envolvimento de menores, riscos ao público no caso de uso em locais públicos, dentre outras circunstâncias agravantes.

A experiência demonstra que a descriminalização deve ser acompanhada de perto, pelos serviços públicos e programas de prevenção fora do sistema penal, além da ampla disponibilidade de serviços de saúde e tratamento de qualidade e gratuitos. E, ainda, deve ser precedida por campanhas de esclarecimento à população e pela adoção de políticas de redução de danos, cuja implementação precisa ser intensificada diante das novas demandas.

Em termos exemplificativos, a descriminalização da posse de todos os tipos de drogas é uma realidade hoje em Portugal e na Espanha, enquanto que Bélgica, Irlanda e Luxemburgo descriminalizaram somente a posse de maconha para uso pessoal. Em Portugal, o controle sobre o uso de drogas foi transferido para um sistema do tipo administrativo, ao mesmo tempo em que foi mantido o duro tratamento penal dos traficantes de drogas ilícitas. Na Argentina e na Colômbia houve a descriminalização pela via judicial, ou seja, por meio da declaração de inconstitucionalidade da criminalização da posse de drogas, enquanto que no Uruguai e na

III A Lei portuguesa n. 30/2000 (24) entrou em vigor em 01.07.01 e descriminalizou o uso e a posse de pequena quantidade de droga para uso pessoal, que não mais constituem infração penal, mas sim *contra-ordenação*, prevista no art. 20., n. 1 da referida lei, que seria o equivalente a uma infração administrativa. As condutas de *consumir, adquirir e deter para consumo próprio* foram descriminalizadas, porém a ação de *cultivar* ainda que para uso próprio, foi expressamente excluída pela lei, sendo mantida como crime (26).

Costa Rica a posse de drogas nunca foi criminalizada^{IV}. No Brasil, temos em curso um julgamento no Supremo Tribunal Federal (27) que pretende que seja julgada inconstitucional a criminalização da posse de todas as drogas^V.

Por fim, o outro submodelo dentro da perspectiva despenalizadora ou proibicionista moderada é bastante específico e só pode ser encontrado nos Países Baixos, por isso o chamamos de submodelo despenalizador “*sui generis*” holandês.

Na Holanda, apesar de não ter havido a “legalização” de direito, houve a legalização “de fato”, por meio de uma política pragmática de tolerância. Mesmo mantendo a lei formalmente baseada nos tratados proibicionistas, os holandeses não iniciam procedimentos criminais contra usuários, nem contra os estabelecimentos denominados “*coffee shops*” regulamentados pelas portarias da municipalidade. Apesar de algumas tentativas mais recentes de mudanças, a experiência holandesa (17) é digna de estudos por seu pioneirismo, experimentalismo e isolamento dentro de uma política de drogas europeia relativamente liberal, somada a uma política mundial absolutamente repressora.

A lei holandesa de 1976 faz distinção entre drogas “leves” e “pesadas”, por meio de uma “escala de risco”, baseada em dados médicos, farmacológicos, sociológicos e psicológicos (1). O formato alternativo somente se aplica à maconha e derivados, considerada uma droga “leve”. A posse da quantidade “de usuário” é diferenciada da posse com intenção de venda da droga, de acordo com a quantidade. Parte da política de drogas holandesa é descentralizada para o nível local, sendo de competência das prefeituras a saúde pública.

Em relação ao usuário, há a despenalização, ou seja, mantém-se o crime na lei, mas o usuário não é punido por determinação do Ministério Público. Mesmo prevista em lei uma pena para a posse de até 5 gramas de drogas para uso pessoal e considerando a quantidade de 5 a 30 gramas como contravenção punível, esses tipos de infração não constituem prioridade da

IV Para dados mais aprofundados sobre a realidade da política de drogas latino Americana, ver Correa, Corda e Boiteux (23).

V O Recurso Extraordinário n. 635.659 (27) aguarda julgamento pelo STF desde agosto de 2015 após voto dos Ministros Gilmar Mendes (a favor) e dos Ministros Luis Roberto Barroso e Luiz Edson Facchin, parcialmente favoráveis, somente à descriminação da posse de maconha.

polícia, portanto, não são reprimidos nem punidos^{VI}. Por outro lado, a posse de substâncias “pesadas”, como heroína e cocaína, é punida de acordo com a quantidade: até 0,2g o procedimento será suspenso pela polícia, mas será mantido o registro da ocorrência, além da apreensão da droga. As penas para o crime de tráfico e equiparados têm penas bastante altas (19).

A premissa básica da política dos Países Baixos é que algumas pessoas vão consumir *cannabis* de qualquer forma e, diante disso, é melhor que ocorra em um ambiente seguro, do que nos ambientes criminais subterrâneos, razão pela qual a polícia não reprime os *coffee shops*, que são controlados e fiscalizados pelas prefeituras.

A tolerância com relação à *cannabis* se estende ainda a alguns atos de comércio, permitindo a abertura de *coffee shops* que funcionam como bares e também vendem pequenas quantidades de maconha e seus derivados - os quais são estritamente controlados e fiscalizados de acordo com as linhas traçadas pela Promotoria de Justiça. Para funcionar legalmente estes estabelecimentos devem respeitar certas diretivas, e dependem de autorização prévia de uma comissão governamental para abertura e venda^{VII} (10).

Além disso, na Holanda, a ampla aplicação de programas de redução de danos, conjuntamente com a tolerância ao comércio de *cannabis*, faz com que de 70 a 80% dos dependentes estejam recebendo tratamento e assistência sanitária pelo sistema médico-social, além de ter uma das mais baixas taxas de contaminação do vírus da aids entre usuários de drogas injetáveis (9, p. 771-772).

Recentemente, com a chegada de um governo de centro-direita ao poder na Holanda, foram introduzidas algumas mudanças pontuais nessa política. Novas regras nacionais de tolerância datadas de 1º de janeiro de 2013 determinam que apenas “residentes nos Países Baixos” estão au-

VI As autoridades seguem o *expediency principle*, especificado nas linhas-mestras publicadas pelo Escritório do Promotor Público, especialmente na *Guideline* de 1996, revisada em 2001 (19). Com relação ao plantio, tolera-se o cultivo de até cinco pés de maconha, enquanto que uma cultura de cinco a dez pés é passível apenas de punição por multa.

VII Os estabelecimentos não serão processados pela venda de *cannabis* se seguirem as seguintes condições: i) venda somente de derivados da *cannabis*, proibido o comércio de drogas pesadas; ii) proibição de venda conjunta com álcool; iii) proibição de propaganda; vi) vetada venda a menores; v) quantidade de venda limitada a 5 gramas por pessoa; vii) não pode haver distúrbios públicos; viii) previsão de limite máximo diário (500g) de estoque de *cannabis* (15).

torizados a visitar as lojas de café e nelas comprar *cannabis*, cabendo às autoridades locais definir tais regras (15). Enquanto Amsterdã, por exemplo, adotou a proibição de lojas de café a menos de 250 metros de escolas, e continua permitindo a venda a estrangeiros, o município de Maastricht, ao contrário, ampliou as restrições (13). O que mais chama a atenção na política holandesa é justamente o fato de ser um dos modelos alternativos mais antigos, datando da década de 70, e o fato de que a Holanda é um dos países com menor consumo de maconha na Europa, apesar de sua política alternativa. Segundo Macoun e Reuters (18) “*there is no evidence that the depenalization component of the 1976 policy, per se, increased levels of cannabis use*”^{VIII}.

– *modelo reducionista (redução de danos)*

A essência do modelo reducionista se baseia na ideia de um controle médico e social (não penal) sobre os usuários de drogas, inspirado pela compaixão e pelo pragmatismo. Diferentemente da proibição, não faz distinção entre drogas lícitas e ilícitas para pensar as políticas públicas de saúde e utiliza a redução de danos como estratégia de saúde pública que tem por foco a visão do usuário como um sujeito de direitos, na prática, coexiste com o modelo despenalizador, funcionando como uma estratégia complementar ao controle penal.

A redução de danos é uma doutrina humanista e pragmática de origem anglo-saxã, cuja ação envolve indivíduos e coletividades médicas e sociais, com o objetivo de minimizar os efeitos e os riscos decorrentes do uso de drogas. Foi implementada, pela primeira vez, nos fins dos anos 1980, por ocasião da epidemia de aids (25). É um modelo pragmático e alternativo à repressão.

No Brasil, na década de 1990, redutores de danos chegaram a ser processados pelo Ministério Público pelo crime de auxílio ao tráfico de drogas (25), que era tipificado no artigo 12, parágrafo 2º da Lei nº 6.368/1976 (11).

Tal modelo preconiza a ideia de substituição e de uso controlado de drogas, como meta a ser alcançada, pois reconhece que as pessoas conti-

^{VIII} Em tradução livre: “*Não há evidências de que o componente de despenalização da política de 1976, por si só, tenha aumentado os níveis de consumo de cannabis*”.

nuarão a fazer uso de drogas, independente da proibição, porém, ao não exigir abstinência mas apenas moderação de uso, consegue atingir uma amplitude maior de usuários.

As políticas de redução de danos têm como objetivo prevenir e tratar a dependência de drogas, podendo a abstinência uma meta a ser alcançada à longo prazo, mas nunca como condição para se obter ajuda social ou de saúde. A meta é dirigir o foco de sua atuação para a saúde pública e o bem-estar do usuário ou dependente, tendo por fundamento a reinserção social do dependente de drogas e a melhoria de suas condições de vida.

Internacionalmente, a *harm reduction* só foi reconhecida pela ONU em junho de 1998, algum tempo depois das primeiras experiências feitas por vários países, inclusive o Brasil, que experimentou este modelo inicialmente em Salvador, Bahia.

A política de redução de danos brasileira foi oficialmente reconhecida e regulamentada pelo Governo Federal em 4 de julho de 2005, por meio da Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde (19). Posteriormente, seus princípios foram reconhecidos na Lei nº 11.343/2006 (6).

Em meados dos anos 1990, já havia programas deste tipo implementados em todos os países europeus, sendo a Inglaterra e a Holanda os precursores, posteriormente adotada como política da União Europeia por países como Suíça Alemanha, Espanha, Itália, Áustria e Luxemburgo. Mesmos países europeus de legislação penal mais repressiva, como Grécia, Finlândia, Suécia e Noruega, já possuem alguns programas de redução de danos, embora com cobertura ainda limitada (2).

Nos Estados Unidos, a política oficial federal é contrária à redução de danos, mas, não obstante, alguns estados vêm operando programas neste modelo (2).

Apesar desse modelo de prevenção ser recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS), agência especializada da ONU para a prevenção da aids (15), ainda há resistência à implementação de tais medidas, em especial nos órgãos internacionais de controle de drogas da ONU, como a Comissão de Drogas Narcóticas (CND) e o *United Nations Office for Drugs and Crimes* (UNODC).

De fato, há uma rejeição da política de redução de danos por parte de países mais conservadores na esfera internacional, por defenderem e aplicarem modelos repressivos de política criminal de drogas que atendem a seus interesses econômicos e geopolíticos. Enquanto as grandes potências, especialmente Estados Unidos, China e Rússia, além dos países asiáticos, não tiverem interesse em mudar os rumos do controle internacional de drogas, as políticas da ONU seguirão formalmente seguindo a mesma estratégia repressiva e não admitirão abertura para política de redução de danos.

- *modelos de legalização*

Os modelos concretos de legalização, que contrariam os tratados internacionais proibicionistas, se desenvolveram nos últimos anos, especialmente a partir de 2007, e constituem exemplos de superação (ainda que incompleto) da lógica repressiva. Tais modelos se baseiam na noção de que a mera liberdade, ou não criminalização do usuário não é suficiente, devendo ser promovida a retirada completa (ou quase) do controle penal sobre drogas, desde a consumação até a produção, podendo ser citadas nas seguintes modalidades: 1 - *liberação total* de todas as drogas (modelo que existia até o início do século XX, de total liberalismo); 2 - *legalização liberal* - controle pelo mercado, que até admite alguns controles estatais semelhantes aos adotados com relação ao álcool e o tabaco, como a proibição de vendas a menores. Esta modalidade é defendida por liberais como Milton Friedman (9) que acreditava que cada indivíduo seria responsável por si, dando ao mercado ampla liberdade; 3 - *legalização estatizante* - no qual o Estado controla a produção, distribuição, venda e o preço das drogas; e 4 - *legalização controlada*, modelo intermediário (6).

Concretamente, hoje, temos os exemplos dos estados norte-americanos de Colorado e Washington, que legalizaram todo o circuito produtivo e o comércio da *cannabis* em 2012, que poderiam ser classificados dentro da perspectiva da legalização controlada, ou seja, onde há uma concessão estatal com rígidos limites de regulação, e, ainda, o modelo uruguaio, único aplicado por um Estado nacional.

O Uruguai foi o primeiro país do mundo a aprovar uma lei regulando o mercado da *cannabis*, por meio da chamada “regulação responsá-

vel”, que alcança desde a produção da semente até a venda^{IX}. A proposta uruguaia é a de um modelo estatal com rígido controle, mas que admite concessões para a venda em farmácias (iniciada em julho de 2017) e também autoriza clubes canábicos e o autocultivo (30-35). Sua proposta inclui a abordagem integral da problemática das pessoas afetadas pelo consumo de drogas, a criação de dispositivos judiciais especializados, a legalização controlada e estatizada da maconha e o agravamento de penas em caso de tráfico de pasta base.

Conclusão

A visualização dos modelos de controle sobre drogas permite verificarmos que o proibicionismo não é a única opção para se lidar com a problemática da droga e nem foi a primeira estratégia adotada. Ao analisarmos as amplas possibilidades da redução de danos e também as propostas concretas de legalização, podemos constatar a falência do modelo repressor, pelo menos nos seus fins declarados de erradicar o cultivo e a produção das substâncias hoje ilícitas e de reduzir o consumo. É mais do que urgente aprofundar o estudo de alternativas e novas possibilidades de controles humanitários e garantidores de direitos de usuários e consumidores de drogas. O objetivo de proteger a saúde pública não foi alcançado em mais de cem anos de proibição, muito pelo contrário, a chamada “guerra às drogas” só agravou a situação. É necessário, portanto, pensar em alternativas urgentes.

Referências

1. BOEKHOUT VAN SOLINGE, T. Dutch drug policy in a European context. **Journal of Drug Issues**, v. 29, n.3, p.511-528, 1999. Versão pré-publicada.

IX A legislação uruguaia sobre drogas está contida nos seguintes dispositivos legais: Decreto-lei nº 14.294 e as Leis n. 17.016, 17.835, 18.494, 19.007 e a mais recente Lei n. 19.172, regulamentada pelo Decreto n. 201/2014, que criou o mercado regulado.

2. BOITEUX, L. **O controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo sobre o sistema penal e a sociedade.** Tese de Doutorado. Faculdade de Direito. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.
3. BOITEUX, L., WIECKO, E. (Coord.) **Tráfico de drogas e constituição.** Brasília: Ministério da Justiça, 2009.
4. BOITEUX, L. Drogas y prisión: la represión contra las drogas y el aumento de la población penitenciaria en Brasil In: METAAL, P., YOUNGERS, C. Eds. **Sistemas sobrecargados: leyes de drogas y cárceles en América Latina.** Amsterdam, Washington: TNI/WOLA, p.30-39, 2010.
5. BOITEUX, L.; CHERNICHARO, L.; ALVES, C.S. Human Rights and Drug Conventions: searching for humanitarian reason in drug laws. In: LABATE, B.C.; CAVNAR, C. **Prohibition, religious freedom and human rights: regulating traditional drug use.** Heidelberg: Spring, 2014. p.1-23.
6. BRASIL. **Lei nº 11.343** – institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 25 fev 2017.
7. BRASIL. **Lei nº 9.099** – Dispõe sobre os Juizados Especiais Cíveis e Criminais e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 26 de Setembro de 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9099.htm>. Acesso em: 25 fev 2017.
8. BRASIL. **Lei nº 6.368** – dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 21 de outubro de 1976.
9. CABALLERO, F.; BISIYOU, Y. **Droit de la drogue.** Paris: Dalloz, 2000.
10. CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil** (estudo criminológico e dogmático). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2006.

11. DEL OLMO, R. A legislação no contexto das intervenções globais sobre drogas. **Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.7, n.12. p.65-80, 2002.
12. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Netherlands country drug report 2017**. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4512/TD0616155ENN.pdf_en. Acesso em: 25 fev 2017.
13. FURLANETO A. Restrição à venda de maconha faz tráfico crescer na Holanda. Proibição de comercialização a turistas favorece mercado ilegal. **O Globo**. Mundo. Rio de Janeiro, 30 março 2014. (Portal On line). Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/mundo/restricao-venda-de-maconha-faz-trafico-crescer-na-holanda-12032822>>. Acesso em: 25 fev 2017.
14. FRIEDMAN, M. The drug war as a socialist enterprise. **Schaffer library of drug policy**. (Portal on line). Disponível em: <<http://druglibrary.net/special/friedman/socialist.htm>>. Acesso em: 25 fev 2017.
15. GOVERNMENT OF NEDERLANDS. Toleration policy regarding soft drugs and coffee shops. **Contents**. (Portal on line). Disponível em: <<http://www.government.nl/issues/drugs/toleration-policy-regarding-soft-drugs-and-coffee-shops>>. Acesso em: 25 fev 2017.
16. JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS. **Policy brief: provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission**. Genebra: UNAIDS, 2004.
17. KERSSEMAKERS, R.; GÓIS, J. (trad.). A política holandesa para a heroína, a 'cannabis' e o 'ecstasy'. **Revista do Ministério Público**, Lisboa, v.18, n.72, p.133- 141, out./dez 1997.
18. MACOUN, R.; REUTERS, P. Interpreting Dutch Cannabis Policy: Reasoning by Analogy in the Legalization Debate. **Science**, Whashington, v.278, p.47-52, 1997. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44997019/Interpreting_Dutch_cannabis_policy_reaso20160422-11138-1ycuy9.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1488746666&Signature=cmE8eFSuVUIms54kCRWUONqRJGQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DInterpreting_Dutch_Cannabis_Policy_Reaso.pdf>. Acesso em: 25 fev 2017.

19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.028** – determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília, 1 de julho de 2005. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 25 fev 2017.
20. NUTT, D.; KING, L.A.; SAULSBURY, W. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. **The Lancet**, London, n.369, p.1047-1053, 2007.
21. NUTT, D.J.; KING, L.A.; PHILIPHS, L.D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **The Lancet**, London, n. 376, Iss.9752, p.1558- 1565, 2010.
22. O GLOBO. Guerra às drogas nas Filipinas mata 1,8 mil em dois meses. organismos de defesa dos direitos humanos pedem fim da matança. **O Globo**, Sociedade, 28 out 2016. (Portal on-line). Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/guerra-as-drogas-nas-filipinas-mata-18-mil-em-dois-meses-19972053>>. Acesso em: 25 fev 2017.
23. PEREZ CORREA, C.; CORDA, A.; BOITEUX, L.; La regulación de la posesión y la criminalización de los consumidores de drogas en América Latina. **Colectivo de Estudios Drogas y Derecho**, 2015. (Portal On line). Disponível em: <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/pub-priv/Catalina_v09.pdf>. Acesso em: 25 fev 2017.
24. PORTUGAL. **Lei nº 30** – regime jurídico do consumo de estupefacientes. Lisboa: Procuradoria Geral-distrital de Lisboa, 29 de novembro de 2000. Disponível em: < http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=186A0029&nid=186&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=>. Acesso em: 25 fev 2017.
25. REGHELIN, E.M. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis? São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
26. SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. **Descriminalização do consumo**. (Portal on-line). Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/Institucional/Contactos/Paginas/default.aspx>>. Acesso em: 25 fev 2017.

27. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **R.E. nº 635.659** – descriminalização do uso de drogas. Brasília, 15 agosto de 2014. Disponível em: <<http://www.conectas.org/pt/acoes/stf-em-foco/noticia/8486-re-635659-descriminalizacao-do-uso-de-drogas>>. Acesso em: 25 fev 2017.
28. STEINMETZ, K. These States Just Legalized Marijuana. **Politics. Time.** (Portal on-line). 10 nov 2016. Disponível em: <<http://time.com/4559278/marijuana-election-results-2016/>>. Acesso em: 25 fev 2017.
29. UNITED NATIONS. **Protocolo de emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961.** Genebra: ONU, 1972. Disponível em:<Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961.>. Acesso em: 25 fev 2017.
30. URUGUAY. Parlamento. **Decreto-lei nº 14.294.** estupefacientes – se regula su comercializacion y uso y se establecen medidas contra el comercio ilicito de las drogas. Mar del Plata, 11 nov 1974. Disponível em:< <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7758251.htm>>. Acesso em 16 mar 2017.
31. URUGUAY. Parlamento. **Leis nº 17.016** – estupefaciente. 28 out 1998. Disponível em:< <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp439335.htm>>. Acesso 16 mar 2017.
32. URUGUAY. Parlamento. **Lei nº 17.835** – sistema de prevención y control del lavado de activos y de la financiación del terrorismo. Mar del Plata, 9 set 2004. Disponível em: < <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5340229.htm>>. Acesso 6 mar 2017.
33. URUGUAY. Parlamento. **Lei nº 18.494** – control y prevención de lavados de activos y del financiamiento del terrorismo. Mar del Plata, 11 jun 2009. Disponível em: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4050921.htm>>. Acesso em: 16 mar 2017.
34. URUGUAY. **Parlamento Lei nº 19.007** – delitos contra la administración pública y de tráfico de pasta base de cocaína. Mar del Plata, 28 nov 2012. Disponível em:< <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp2984076.htm>>. Acesso em: 16 mar 2017.
35. URUGUAY. **Decreto Lei nº 19.172** – marihuana y sus derivados. Mar del Plata. Disponível em:< http://www.correo.com.uy/otrosdocumentos/pdf/Ley_19.172.pdf>. Acesso em 16 mar 2017.



Apontamentos a respeito do debate sobre a descriminalização da posse de drogas para uso pessoal no Brasil

Cristiano A. Maronna

Resumo:

O artigo aborda a discussão a respeito da reforma global da política de drogas, com foco no debate a respeito do julgamento em curso na suprema corte brasileira, no qual se examina a (in)constitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343 de 2006, problematizando,

a partir dos votos dos magistrados supremos já publicados até aqui: a) a descriminalização pela “administrativização” do artigo art. 28 desta lei; b) a adoção de critérios objetivos baseados em quantidades de substâncias para diferenciar as figuras jurídicas da posse para uso próprio e do tráfico de drogas; c) a descriminalização da posse para uso próprio de todas as drogas ou apenas da cannabis. Propõe-se o afastamento da política de drogas do campo do sistema de justiça criminal, aproximando-a de uma abordagem mais pragmática, capaz de garantir saúde, direitos humanos e redução de danos.

Política de drogas e modelos regulatórios

Dentre as diferentes tipologias de controle existentes em relação ao *design* regulatório relacionado à produção, comércio e uso das drogas postas na ilegalidade, levando em conta o processo de reforma que diferentes países vêm implantando em suas políticas de drogas, no âmbito dos respectivos direitos internos e a despeito do impasse no plano internacional^I, podemos estruturar as seguintes categorias de regime (35):

– *proibição total*: posse para uso pessoal e tráfico de drogas são incriminados e punidos com penas privativas de liberdade (é o caso do Japão e da Suécia);

– *despenalização*: posse de drogas para uso pessoal é incriminada, mas punida com sanção alternativa à prisão (é o caso do Brasil, onde o tráfico de drogas permanece incriminado)^{II};

– *descriminalização*: posse de drogas para uso pessoal deixa de ser considerada uma conduta criminosa, mas pode permanecer ilegal (é o caso de Portugal, onde o tráfico de drogas permanece incriminado)^{III};

I “Infelizmente, não houve avanço sequer para casos extremos, como a pena de morte para crimes relacionados a drogas, que seguem executando quase uma centena de pessoas por mês em alguns países. Mas, ao menos, o documento final tem o mérito de defender políticas de redução de danos para lidar com usuários de drogas e encorajar que se busque alternativas ao encarceramento para os crimes relacionados às drogas. Em contexto histórico, é possível afirmar que a UNG 2016 representa o primeiro passo de uma meia volta há muito necessária na longa caminhada que a comunidade internacional ainda precisa trilhar para adotar uma política de drogas mais justa e eficaz” (12).

II Em muitos casos (como no Brasil), a despenalização não impede os impactos negativos da proibição, como a condenação criminal, gerando reincidência e mesmo uma tendência de incriminação das condutas envolvendo drogas preferencialmente como tráfico e apenas subsidiariamente como posse para uso pessoal.

III Embora parcela das consequências negativas da punição penal sejam em tese removidas com a descriminalização, remanesce a insegurança em relação ao enquadramento jurídico das situações envolvendo posse de drogas (uso ou tráfico), em consequência da excessiva discricionariedade dos agentes do sistema de justiça criminal, como acontece no Brasil.

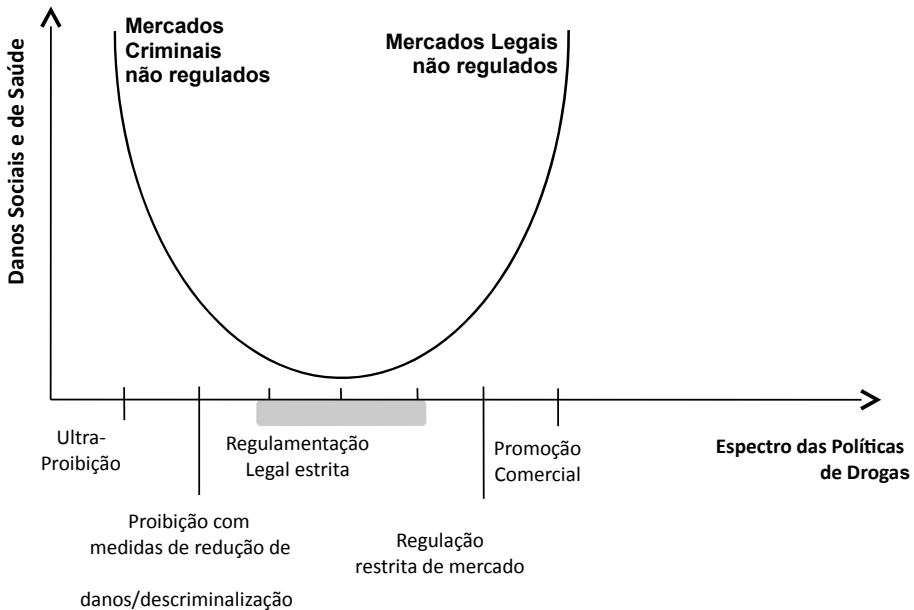
- *legalização “de facto”*: a posse de drogas para uso pessoal é formalmente proibida pela lei penal, mas por uma opção político-criminal, na prática tolera-se o consumo dentro de certos parâmetros (é o caso da Holanda em relação à *cannabis*, onde o tráfico de drogas, inclusive da *cannabis*, permanece incriminado)^{IV};

- *legalização “de jure”*: produção, distribuição, comercialização e posse de drogas para uso pessoal é permitida e regulada, nos moldes do que ocorre com bebidas alcoólicas, tabaco e fármacos (é o caso do Uruguai e de alguns estados dos Estados Unidos em relação à *cannabis*);

- *uso medicinal e religioso*: nos tratados internacionais (e também nas leis internas de cada país) há expressa previsão de que o uso medicinal ou religioso de drogas proibidas pode ser autorizado, como é o caso da *cannabis* nos Estados Unidos, na República Tcheca e em Israel e da ayahuasca no Brasil. Deve ser mencionada a pesquisa clínica em colaboração internacional com a *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS), com o objetivo de regulamentar a psicoterapia assistida com MDMA no tratamento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) até 2021 (27).

Pensando em termos de possibilidades de modelos de controle, no amplo espectro das opções normativas disponíveis entre os dois polos (proibição total/mercado criminal não regulado e legalização total/mercado legal desregulado), é possível identificar como o melhor cenário, a partir do critério de redução de danos sociais e à saúde, a faixa regulatória denominada “regulação legal estrita”, situada entre a proibição com medidas de redução de danos/descriminalização, de um lado e, de outro, a regulação de mercado sujeita a restrições e controles (Gráfico 1) (34):

IV A ambiguidade normativa entre a lei em tese (*law in books*) e sua aplicação prática (*law in action*) cria riscos de excessiva seletividade do sistema de justiça criminal; além disso, a dicotomia porta da frente legal/porta dos fundos ilegal (autorização para que *coffeshops* vendam pequenas quantidades de *cannabis* e derivados pela porta da frente, enquanto pela porta dos fundos a demanda é suprida pelo mercado ilegal) é muito criticada.

Gráfico 1 – Correlação entre regulação e mercado de drogas

É interessante constatar, a partir da análise do Gráfico 1 que, de um lado, as políticas relacionadas a álcool e tabaco - substâncias que no passado não sofriam qualquer restrição ou controle -, estão progressivamente sendo submetidas a mecanismos regulatórios mais rígidos, enquanto que, de outro lado, em um movimento paralelo, as políticas relacionadas à *cannabis* - antes alinhadas a paradigmas mais repressivos -, estão sendo gradualmente flexibilizadas.

No Brasil, a política de drogas relativa à cerveja pode ser enquadrada no campo do mercado legal frouxamente regulado (Gráfico 1): admite-se promoção comercial com o fim de estimular o consumo, a despeito de 12,3% da população brasileira ser classificada como dependente de bebidas alcoólicas, o que equivale a mais de 24 milhões de pessoas (22).

No âmbito da regulação legal restrita (Gráfico 1), temos no Brasil um exemplo bem sucedido de política de drogas não criminal: em 25 anos, o percentual de tabagistas na população acima de 18 anos caiu de quase 35% para menos de 15%. Para tanto, não foi necessário encarcerar

ninguém. Medidas restritivas, como a proibição do fumo em ambiente fechado e a vedação de propaganda, aliadas a campanhas informativas a respeito dos riscos associados ao uso do tabaco, foram suficientes para que se tenha chegado a esse significativo resultado (Tabela 1) (21).

Tabela 1 - Percentual de tabagismo na população acima de 18 anos no Brasil

Levantamentos	Ano	Total (%)	Entre Homens (%)	Entre Mulheres (%)
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição	1989	34,8	43,3	27,0
Pesquisa Mundial de Saúde	2003	22,4	27,1	18,4
Pesquisa Especial de Tabagismo	2008	18,5	22,9	13,9
Pesquisa Nacional de Saúde	2013	14,7	18,9	11,0

Nada obstante o enfoque meramente punitivo da questão das drogas ser cada vez menos consensual na comunidade internacional e a despeito das novas iniciativas, em especial os inéditos experimentos sociais em andamento no Uruguai e nos estados norte-americanos em relação à construção de um modelo de mercado legal de *cannabis*, no Brasil a Lei 11.343/2006 (1) incrimina tanto a posse de drogas (sancionada com penas alternativas à prisão), como também o tráfico de drogas (punido com reclusão de 5 a 15 anos e 500 a 1.500 dias-multa).

A declaração proferida na reunião especial sobre drogas das Nações Unidas (*United Nations General Assembly Special Session on Drugs* (UNGASS)), de 2016, por Werner Sipp, Presidente da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), no sentido de que as convenções internacionais que instituíram o proibicionismo garantem flexibilidade aos países para que adotem abordagens baseadas na perspectiva de proteção à saúde no lugar de medidas criminais em relação à posse de drogas ilegais para consumo pessoal, pode ser compreendida como um tímido, mas inédito, apoio à descriminalização de tal conduta (28).

O debate sobre política de drogas no Brasil

Quando se cogita a respeito de mudanças positivas no rumo da política de drogas no Brasil, a única perspectiva concreta é a atuação do Poder Judiciário. Do Executivo e do Legislativo, a expectativa, neste campo, é de que, via de regra, promovam o retrocesso em relação aos pequenos avanços. Por isso, é no Judiciário, em especial em seu órgão de cúpula, que estão depositadas as esperanças de quem deseja a reforma da política de drogas.

Quando a Marcha da Maconha foi proibida em diversas cidades brasileiras, sob o argumento de que se tratava de apologia ao crime e incentivo ao uso de drogas, a questão foi levada ao Judiciário. Nas Cortes estaduais, houve diversas decisões interditando o evento, em anos sucessivos. Foi preciso que o Supremo Tribunal Federal garantisse o direito de reunião e a livre manifestação do pensamento, impedindo que a interpretação distorcida da lei penal inviabilizasse, na prática, os debates públicos sobre a descriminalização ou legalização das drogas, conforme a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 187 e Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.274 (5-6).

Em relação à *cannabis* medicinal, decisão recente proferida pela Justiça Federal do Distrito Federal autoriza a importação exclusivamente para fins medicinais de medicamentos e produtos que contenham tetra-hidrocanabinol (THC) e cannabidiol (CBD) e a prescrição médica de produtos que possuam THC e CBD^V.

Na mesma senda, associações de pacientes, em nome individual ou coletivo, vêm buscando na justiça proteção ao direito de plantar *cannabis* para fins medicinais. De forma inédita, a Justiça concedeu *habeas corpus* preventivo a pais de criança portadora de doença neurológica grave que planta *cannabis* com o objetivo de produzir o remédio de que sua prole necessita:

^V Há ainda outras decisões judiciais importantes que merecem referência: “a Justiça Federal da Paraíba, em sede de uma Ação Civil Pública promovida pelo Ministério Público Federal, determinou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que autorizasse a importação de extrato de *cannabis* rico em CBD para o uso de 16 pacientes de doenças neurológicas.(...). Igualmente, a Justiça Federal de Minas Gerais determinou ao órgão que autorizasse a importação do medicamento Sativex, cuja composição possui como principal princípio ativo o tetrahidrocanabinol (THC)” (17, p.22).

“Trata-se de pedido de HABEAS CORPUS PREVENTIVO impetrado por V.J.C.J., em favor de M.S.B. e M.L.L. contra o Chefe da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro, na pessoa do delegado Carlos Augusto Leba e/ou a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, na pessoa do CMT Geral, Wolney Dias Ferreira. O presente writ tem por finalidade evitar o irreparável prejuízo aos pacientes quanto ao constrangimento ilegal e eventual ameaça sofrida por seu direito de cultivar o vegetal *Cannabis Sativa*, para uso específico no tratamento de sua filha Sofia. Para instrução do pedido, encontra-se acostado aos autos toda a documentação referente ao processo que tramita na 14ª Vara Federal do Rio de Janeiro, processo nº 0085473-23.2016.4.02.5101 onde pleiteiam a permissão do plantio de substância ilícita (fls. 57/75). À fl. 282, foram juntados laudos médicos prescrevendo a mencionada planta no tratamento da menor, com comprovada eficácia. A vasta prova acostada aos autos revela que a criança Sofia necessita do uso frequente da planta *Cannabis Sativa* para aliviar seu sofrimento e ajudar na cura da doença que lhe é acometida. Em outros países como os Estados Unidos já adotaram o uso da maconha para combater determinadas doenças e dores. Estudos recentes já revelaram que o uso planta com acompanhamento médico apresentam propriedades medicinais que podem ajudar a combater doenças entre as quais a da criança que se pretende proteger. Os pacientes ingressaram com processo na 14ª Vara Federal objetivando a permissão do plantio da *Cannabis Sativa* para fins medicinais. A presente medida se faz necessária para garantir a qualidade de vida da criança conforme estudos e documentos juntados. O artigo 28 da Lei 11.343/2006 não autoriza a prisão em flagrante considerando que o preceito secundário da norma não prevê penas privativas de liberdade. Entretanto, o receio dos pacientes em eventual apreensão de quantidade expressiva e possível capitulação em sede policial de delito mais gravoso, autoriza a concessão da presente medida. Desta forma concedo o SALVO-CONDUTO em favor de M.S.B. e M.L.L., a fim de que as autoridades encarregadas, Polícia Civil e/ou Polícia Militar, sejam impedidas de proceder a prisão em flagrante dos pacientes pela produção arte-

sanal *Cannabis Sativa* para fins medicinais, bem como fique impedidas de apreenderem os vegetais mencionados até decisão definitiva que tramita no processo número 0085473-23.2016.4.02.5101 da 14ª Vara Federal do Rio de Janeiro. Dê-se ciência ao Ministério Público da presente decisão” .

Nesse sentido, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução 2113/2014, que *“determina o uso passivo do canabidiol para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais”, sendo “vedado ao médico a prescrição da cannabis in natura para uso medicinal, bem como quaisquer outros derivados que não o canabidiol”*. Quando da edição, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da Resolução de Diretoria Colegiada nº 66, de 2016, que permite a prescrição e importação de remédios contendo THC, em cumprimento à decisão judicial acima referida, o CFM encaminhou informe aos médicos (8) afirmando expressamente que iria tomar:

“...todas as medidas cabíveis contra a determinação judicial” aludida, destacando que “não há estudos científicos válidos que comprovem a eficácia e a segurança desses fármacos no tratamento de doenças, sendo que esses critérios devem ser observados com rigor ao discutir sua prescrição e comercialização sob o risco de expor pacientes a efeitos adversos” (8).

Veio também do Judiciário a suspensão de repasses de recursos públicos às comunidades terapêuticas e religiosas. O Ministério Público Federal entrou com ação para que os recursos do Ministério da Justiça voltados para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas sejam destinados apenas a entidades inseridas na rede de saúde e que cumpram os requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Atualmente, resolução do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), órgão do Ministério da Justiça, permite a existência de entidades de acolhimento que não são enquadradas como equipamentos de saúde. Tal fato, de acordo com o Ministério Público Federal, contraria a competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prevista na Lei nº 11.343/2006 (1) e no Decreto nº 7.179/2010 (4), e nega a adequada atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas inter-

nados nestas instituições^{VI}. Logo após, a Secretaria de Atenção à Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde, editou a Portaria 1.482, de 2016 (26), por meio da qual as comunidades terapêuticas foram consideradas elegíveis ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tipo 83 (25), como *“polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde”*.

Em agosto de 2015, o Supremo Tribunal Federal iniciou o julgamento do Recurso Extraordinário 635.659 (7), a respeito do tema da descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal, atualmente tipificado no artigo 28 da Lei nº 11.343/2006 (1). O caso concreto em discussão, que teve reconhecida repercussão geral, envolvia o porte de 3 gramas de maconha.

Em apertada síntese, o ministro Gilmar Mendes, relator do Recurso Extraordinário nº 635.659 (7), votou pela inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas, sem redução de texto, de forma a preservar a aplicação na esfera administrativa e cível das sanções previstas para o usuário, como advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento em curso educativo. Segundo o relator, os efeitos não penais do artigo 28 deveriam continuar em vigor, na medida do possível, como medida de transição, enquanto não forem estabelecidas novas regras para prevenir e combater o uso de drogas. Ainda, buscando evitar que usuários sejam presos preventivamente, o ministro estabeleceu que, nos casos de flagrante por tráfico de drogas, o autor seja apresentado imediatamente à presença do juiz, de modo que este possa avaliar se a hipótese é de uso ou de tráfico.

A votação foi, então, suspensa por pedido de vista do ministro Edson Fachin. Este, no prazo regimental, devolveu o pedido de vista e, com a retomada do julgamento, votou pela declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/2006, sem redução de texto, para definir atípico o porte exclusivamente de maconha. Adicionalmente, Edson Fachin

VI As chamadas comunidades terapêuticas, previstas na Resolução CONAD nº 01/2015 (2), acolhem, em caráter voluntário, dependentes de substâncias psicoativas. A norma, no entanto, estabelece poucas exigências para o funcionamento destas entidades. Entre as características requeridas estão programa de acolhimento e oferta de atividades, sejam recreativas, de capacitação ou de desenvolvimento da espiritualidade. O Ministério Público Federal alertou ainda para a falta de fiscalização dessas entidades, o que tem propiciado a ocorrência de violações de direitos dos internados. Segundo o Ministério, foram encontrados casos de trabalho forçado, tortura e cárcere privado em comunidades terapêuticas e religiosas.

propôs que o Supremo Tribunal Federal (1) declare como atribuição legislativa a fixação de quantidades mínimas que sirvam de parâmetro para diferenciar usuário e traficante, (2) determine aos órgãos do Poder Executivo responsáveis pela elaboração e a execução de políticas públicas sobre drogas que emitam, em até 90 dias, parâmetros provisórios de quantidade para diferenciar uso e tráfico, que teriam validade até a promulgação de lei, e (3) crie no âmbito do Supremo Tribunal Federal, um *Observatório Judicial sobre Drogas*, na forma de comissão temporária, para o fim de acompanhar os efeitos da deliberação do Tribunal neste caso.

Na sequência, votou o ministro Luís Roberto Barroso. Em seu voto, foram elencados 3 fundamentos jurídicos (violação ao direito de privacidade, à autonomia individual e ao princípio da proporcionalidade) e 3 razões pragmáticas (o fracasso da política atual de criminalização, o alto custo desta política para a sociedade e para o Estado, e os prejuízos para a proteção da saúde pública) para a descriminalização do porte para consumo pessoal. Porém, o voto também se limitou à descriminalização em relação à maconha, sem se pronunciar sobre outras drogas.

Embora muitos dos argumentos que valem para a descriminalização do porte da maconha pudessem valer para outras substâncias, o entendimento adotado por Barroso foi o de que os avanços devem ser feitos passo a passo, em interlocução com especialistas e com a sociedade, sem impedir que, mais à frente, em um caso específico, o Supremo Tribunal Federal discuta, por exemplo, a questão do crack. Inovando em relação ao voto dos ministros Gilmar Mendes e Edson Fachin, o ministro Luís Roberto Barroso propôs, ainda, que o Tribunal fixasse, desde logo, critérios objetivos para distinguir o consumo pessoal do tráfico, adotando-se a presunção de que quem esteja portando até 25 gramas de maconha ou possua até 6 plantas fêmeas de *cannabis* fosse definido como usuário e não traficante. O julgamento foi, porém, interrompido por pedido de vista do ministro Teori Zavascki.

Até o início de novembro de 2016, o julgamento não havia sido retomado. Recentemente, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), após uma reunião da Câmara Técnica de Psiquiatria, divulgou nota se posicionando a favor da descriminalização do porte de maconha para consumo próprio no Brasil (9). Quase imediatamente, o

Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou nota em sentido oposto, afirmando que a “*descriminalização do uso de drogas ilícitas para consumo pessoal terá como resultado aumento de consumo e de usuários*” (10), embora inexistam bases científicas para esta afirmação. As pesquisas a esse respeito indicam que a incriminação ou não da posse de drogas para consumo pessoal tem muito pouca relação com a proporção de pessoas que consomem essas substâncias (14, 36).

O *British Medical Journal*, uma das mais respeitadas e importantes publicações na área, divulgou um editorial reconhecendo a falência da guerra às drogas e encorajando os médicos a liderar as discussões a respeito de novas abordagens:

“The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform, Evidence and ethics should inform policies that promote health and respect dignity”^{VII}.

De todo modo, em função dos votos até então apresentados, vale discutir alguns aspectos, entre os quais: 1) a administrativização do art. 28 da Lei 11.343/2006; 2) a adoção de critérios objetivos para diferenciar uso e tráfico; e 3) a opção pela descriminalização de todas as drogas (como proposto pelo voto do relator (Ministro Gilmar Mendes) ou apenas da maconha (como proposto pelo voto dos Ministros Edson Fachin e Luís Roberto Barroso).

1 – A descriminalização pela via da “administrativização” do art. 28 da Lei 11.343/2006

O voto proferido pelo Ministro Gilmar Mendes, relator do Recurso Extraordinário nº 635.659, reconhece a inconstitucionalidade da incriminação da posse de drogas para uso pessoal, que (7):

“...afeta o livre desenvolvimento da personalidade, em suas diversas manifestações”, aos “diferentes modos de desenvolvimento do sujeito, como o direito à autodeterminação, à autopreservação e à autorrepresentação”, ofendendo “de forma desproporcional, o direito à vida privada” e a “margem de

VII Fiona Godlee editor in chief, Richard Hurley features and debates editor, The BMJ, London, UK, BMJ 2016;355:i6067 doi: 10.1136/bmj.i6067.

autonomia do indivíduo”, afirmando que “tanto o conceito de saúde pública, como, pelas mesmas razões, a noção de segurança pública, apresentam-se despidos de suficiente valorização dos riscos a que sujeitos em decorrência de condutas circunscritas a posse de drogas para uso exclusivamente pessoal”.

De forma clara, o mencionado voto do relator invalida a conhecida tentativa de responsabilizar o usuário por “financiar” o tráfico: diz Gilmar Mendes não ser possível acusar quem usa drogas pelos “*malefícios coletivos decorrentes da atividade ilícita*” (tráfico), pois “*esses efeitos estão muito afastados da conduta em si do usuário. A ligação é excessivamente remota para atribuir a ela efeitos criminais*” (7).

Por isso, “*esse resultado está fora do âmbito de imputação penal. A relevância criminal da posse para consumo pessoal dependeria, assim, da validade da autolesão. E a autolesão é criminalmente irrelevante*”. O voto (7) afirma que a criminalização da posse de drogas desrespeita “*a decisão da pessoa de colocar em risco a própria saúde*”, mas registra não enxergar:

“um direito a se entorpecer irrestritamente”, sendo “perfeitamente válida a imposição de condições e restrições ao uso de determinadas substâncias, não havendo que se falar, portanto, nesse caso, em direito subjetivo irrestrito”.

Aqui, um dos pontos da discussão:

“Ainda que se afirme que a posse de drogas para uso pessoal não integra, em sua plenitude, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, isso não legitima que se lance mão do direito penal para o controle do consumo de drogas, em prejuízo de tantas outras medidas de natureza não penal, como, por exemplo, a proibição de consumo em lugares públicos, a limitação de quantidade compatível com o uso pessoal, **a proibição administrativa de certas drogas sob pena de sanções administrativas**, entre outras providências não tão drásticas e de questionáveis efeitos como as sanções de natureza penal” (grifos da reprodução). O relator diz também que a prevenção do uso indevido de drogas, um dos objetivos do Sisnad pode ser “alcançada, com maior eficá-

cia, por meio de um vasto leque de medidas administrativas. Nesse contexto, a criminalização do porte de drogas para uso pessoal afigura-se excessivamente agressiva à privacidade e à intimidade” (7).

Finalmente, o voto afirma a incompatibilidade entre a Constituição da República (3) e o art. 28 da Lei 11.343/06 (1):

“Nesse contexto, a criminalização do porte de drogas para uso pessoal afigura-se excessivamente agressiva à privacidade e à intimidade. Além disso, o dependente de drogas e, eventualmente, até mesmo o usuário não dependente estão em situação de fragilidade, e devem ser destinatários de políticas de atenção à saúde e de reinserção social, como prevê nossa legislação – arts. 18 e seguintes da Lei 11.343/2006. Dar tratamento criminal a esse tipo de conduta, além de andar na contramão dos próprios objetivos das políticas públicas sobre o tema, rotula perigosamente o usuário, dificultando sua inserção social.

A situação ainda é mais grave pela prevalência do consumo de drogas entre os jovens, pessoas em fase de desenvolvimento da personalidade e definição de vida e, por isso, especialmente sensíveis à rotulação decorrente do enquadramento criminal.

Da mesma forma, a percepção geral é de que o tratamento criminal aos usuários de drogas alcança, em geral, pessoas em situação de fragilidade econômica, com mais dificuldade em superar as consequências de um processo penal e reorganizar suas vidas depois de Squalificados como criminosos por condutas que não vão além de mera lesão pessoal.

Assim, tenho que a criminalização da posse de drogas para uso pessoal é inconstitucional, por atingir, em grau máximo e desnecessariamente, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, em suas várias manifestações, de forma, portanto, claramente desproporcional” (7).

O relator menciona que o Plano de Ação da ONU até 2019, elaborado pela Comissão de Drogas Narcóticas, prevê o desenvolvimento de

estratégias de descriminalização do uso de acordo com práticas e experiências de cada país. Também esclarece os efeitos da transformação do art. 28, de norma penal em regra de direito administrativo, acenando para a necessidade de uma reforma legislativa orientada pelas diretrizes consagradas em seu voto.

Segundo Gilmar Mendes, a pesquisa sobre *práticas integrativas* deve nortear a aplicação das medidas previstas no art. 28 da Lei 11.343/2006, “no que couber”, não mais no âmbito criminal, mas no Juizado Especial Cível:

“Reconhecida a inconstitucionalidade da norma impugnada, e considerando, por outro lado, que as políticas de redução de danos e de prevenção de riscos positivadas na legislação em vigor conferem ponderável grau de legitimidade a medidas restritivas de natureza não penal, é importante viabilizar, até o aprimoramento da legislação, solução que não resulte em vácuo regulatório que, em última análise, possa conduzir à errônea interpretação de que esta decisão implica, sem qualquer restrição, a legalização do porte de drogas para consumo pessoal.

Tendo em conta os resultados retratados na pesquisa sobre práticas integrativas, há pouco noticiada, afigura-se que a aplicação, no que couber, das medidas previstas no referido artigo, sem qualquer efeito de natureza penal, mostra-se solução apropriada, em caráter transitório, ao cumprimento dos objetivos da política nacional de drogas, até que sobrevenha legislação específica.

Afastada a natureza criminal das referidas medidas, com o conseqüente deslocamento de sua aplicação da esfera criminal para o âmbito civil, não é difícil antever uma maior efetividade no alcance dessas medidas, além de se propiciarem, sem as amarras da lei penal, novas abordagens ao problema do uso de drogas por meio de práticas mais consentâneas com as complexidades que o tema envolve” (7).

Muito embora seja juridicamente defensável a ideia de descriminalizar “administrativizando”, há que se questionar se essa realmente é a melhor solução. De início, a afirmação de que “*a posse de drogas para uso*

peçoal não integra, em sua plenitude, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade” comporta uma série de objeções. Em que medida comportamentos pertencentes à esfera privada ou de autonomia do indivíduo deixariam de integrar o direito ao livre desenvolvimento da personalidade?

Salo de Carvalho menciona o direito à autogestão farmacológica em memorável defesa-manifesto em favor de usuário de *cannabis* medicinal processado por tráfico de drogas por plantar seu próprio remédio (33):

“O réu nada mais fez, em verdade, do que exercer o direito fundamental de dispor do próprio corpo, de cuidar da sua saúde da forma que melhor lhe aprouver, de consumir o que bem entender, enfim, de exercer a autonomia pessoal e a liberdade, que deveriam ser garantidas no âmbito de um Estado Democrático de Direito. Um Estado que pretenda regular os hábitos da população será sempre um Estado autoritário. O sujeito tem o direito de se autolesionar (tatuagens e piercings), de se arriscar (automobilismo), de lutar ferozmente até fazer o adversário desmaiar (lutas de vale-tudo), de comer alimentos gordurosos que notadamente são perniciosos à saúde e, inclusive, de se suicidar: é evidente, portanto, que deve ter o direito de autogestão farmacológica, ou seja, de poder gerir a si mesmo, de fazer as próprias escolhas, a partir de uma relação responsável com todas as substâncias que já existem e com as que ainda serão inventadas na face da Terra. O Estado não pode, de forma alguma, confiscar tal direito, e nós não podemos nos contentar com tal confisco. A ideia de saúde não pode estar centrada apenas nos conceitos da medicina estabelecida, mas deve abarcar também as formas da medicina alternativa, e, sobretudo, as opções personalísimas do cidadão”.

Na mesma linha, Escotado (13), *“de la piel para dentro empieza mi exclusiva jurisdicción. Elijo yo aquello que puede o no cruzar esa frontera. Soy un estado soberano, y la lindes de mi piel me resultan mucho más sagradas que los confines políticos de cualquier país”*. Hirsch (18) observa que, *“em casos normais, o Estado não deve empregar sua violência coativa para impedir que um indivíduo pratique autolesões”*.

Conforme tive a oportunidade de escrever no passado (23):

“A ideia de que o Estado pode substituir a vontade do indivíduo para protegê-lo de si mesmo contraria o pensamento liberal segundo o qual a pessoa tem o direito de seguir seu próprio plano de vida. Cuida-se, em última análise, de paternalismo: tratar adultos como crianças. A vontade do mais forte que entende saber o que é melhor para proteger o mais fraco prevalece. É a interferência na liberdade de ação de uma pessoa justificada por razões que dizem exclusivamente com o bem-estar, a felicidade, as necessidades, os interesses ou os valores da pessoa coagida. Trata-se de violação da autonomia do ser humano”

Desde os estudos de Stuart Mill (24), há notícia de paternalismo na Lei Penal. Esse fenômeno se verifica, em diferentes legislações ao longo do tempo, não apenas na proibição das drogas, mas também na proibição da prostituição, do jogo de azar, de certas práticas sexuais entre pessoas maiores e capazes (como, por exemplo, homossexualidade, sadomasoquismo, sexo grupal, sodomia, incesto), do adultério, da pornografia, do suicídio. Segundo Mill, a lei só pode proibir condutas que lesem terceiros: o dano a outrem deveria ser a única base para a incriminação de comportamentos (*harm to others principle*) (24, p.13).

Tratando do paternalismo na Lei Penal, especialmente no que concerne à repressão, à prostituição e à sua exploração por terceiros, Joel Feinberg (16) define paternalismo legal moralista,

...“onde paternalismo e moralismo se justapõem via a vaga noção de “dano moral”: é sempre uma boa razão em suporte a uma determinada proibição que ela seja necessária para impedir danos morais (como opostos a danos físicos, psicológicos ou econômicos) ao próprio autor. Dano moral é “dano ao caráter de alguém”, “tornar-se uma pessoa pior”, como oposto à ideia de dano ao corpo, à psique ou ao bolso de alguém” (15, pp. 16-17).

O mesmo autor destaca que:

...“em alguns casos envolvendo duas partes, ambas estão sujeitas a penas, ainda que a lei deseje proteger uma só, o solici-

tador ou comprador. Leis sobre prostituição que punem ‘João’ e a prostituta satisfazem esta definição” (16, p. 9).

Por isso, na medida em que o proibicionismo busca impedir que o consumidor tenha acesso a drogas por meio não apenas da repressão ao tráfico, mas também ao uso, adota-se o paternalismo legal moralista de que fala Feinberg (23).

Se o fundamento filosófico que funciona como substrato teórico da decisão que declara a incompatibilidade entre a proteção da intimidade e da vida privada, de um lado, e a incriminação da conduta autolesiva, de outro, é, precisamente, a ideia de que não compete ao Estado realizar a educação moral de pessoas adultas, de que não compete ao Estado fiscalizar a moralidade privada, que não compete ao Estado exercer a função de polícia dos costumes e sentinela da moral, como se pode aceitar a descriminalização pela “administrativização” do art. 28 da Lei 11.343/2006, se, ao fim e ao cabo, a posse de drogas para uso pessoal permanecerá na ilegalidade (administrativa)? Não há fundamento de legitimidade para incriminar a posse para uso pessoal, mas há para transformá-la em ilicitude administrativa?

Pela lógica argumentativa que embasa a decisão aqui discutida, no sentido da descriminalização da posse de drogas para uso pessoal, não há, da mesma forma, razão para transformar a aludida conduta em infração administrativa.

2 – Presunção de tráfico e critérios objetivos

Uma das mais graves distorções da aplicação prática da Lei 11.343/2006 é a inversão do ônus da prova, que obriga a pessoa flagrada com drogas a provar que não é traficante. Por conta dessa interpretação desconforme a Constituição, muitos usuários são condenados como se traficantes fossem, o que ajuda a compreender o fenômeno do superencarceramento que transformou o Brasil na quarta maior população prisional do planeta:

Tabela 2 – População carcerária: total de presos e percentual de condenados por tráfico em relação ao total de presos. Brasil, 2005-2014 (19).

Ano	Total de presos	Presos por tráfico	%
2005	361.402	32.880	9,10
2006	383.480	47.472	12,38
2007	422.373	65.494	15,50
2008	451.219	77.371	17,50
2009	473.626	91.037	19,22
2010	496.251	106.491	21,46
2011	514.582	125.744	24,43
2012	548.003	138.198	25,21
2013	574.027	146.276	25,48
2014	622.202	174.216	28,00

Atento à realidade prisional brasileira, o voto do relator Gilmar Mendes afirma expressamente que a presunção deve ser de uso próprio, cabendo ao órgão acusatório (Ministério Público) o ônus de provar a traficância, sendo vedada a presunção de tráfico (*nullun crimen, nulla poena sine culpa*) (7):

“À falta de critérios objetivos, a avaliação judicial rigorosa das circunstâncias da prisão afigura-se imperativa para que se dê o correto enquadramento aos fatos. A prática mostra, no entanto, fragilidade na pronta avaliação de casos relativos a drogas.

A norma do art. 28 da Lei 11.343/2006 é construída como uma regra especial em relação ao art. 33. Contém os mesmos elementos do tráfico e acrescenta mais um – a finalidade de consumo pessoal.

Disso resulta a impressão – falsa – de que a demonstração da finalidade é ônus da defesa. À acusação não seria necessário demonstrar qualquer finalidade para enquadramento no tráfico pela singela razão de que o tipo penal não enuncia finalidade. Em verdade, a legislação usou a forma mais simples de construir as figuras, do ponto de vista linguístico, mas não a que permite sua mais direta interpretação.

A presunção de não culpabilidade, artigo 5º, LVII, da Constituição Federal (3), *não tolera que a finalidade diversa do consumo pessoal seja legalmente presumida.*

A finalidade é um elemento-chave para a definição do tráfico. A cadeia de produção e consumo de drogas é orientada em direção ao usuário. Ou seja, uma pessoa que é flagrada na posse de drogas pode, muito bem, ter o propósito de consumir. Seria incompatível com a presunção de não-culpabilidade transferir o ônus da prova em desfavor do acusado nesse ponto. Dessa forma, a melhor leitura é de que o tipo penal do tráfico de drogas pressupõe, de forma implícita, a finalidade diversa do consumo pessoal. Sua demonstração é ônus da acusação.

A finalidade – circunstância íntima ao agente –, via de regra, não pode ser provada de forma direta, sendo avaliada com base nos indicativos dados pelas circunstâncias do caso. Por isso, a própria lei diz que a avaliação deve ser feita de acordo com os indícios disponíveis. Assim, é ônus da acusação produzir os indícios que levem à conclusão de que o objetivo não era o consumo pessoal. Essa circunstância deve ser alvo de escrutínio pelo juiz” (7).

O relator menciona ordenamentos jurídicos “alienígenas” nos quais a distinção entre uso e tráfico se dá por meio de definição de quantidades objetivas de cada droga, afirmando ser necessária a realização de pesquisa específica a respeito de padrões de uso no Brasil, a fim de que a fixação de parâmetros quantitativos seja feita de modo adequado.

“Não há como negar que a adoção de critérios objetivos para a distinção entre uso e tráfico, fundados no peso e na natureza da droga apreendida, e às vezes até em seu grau de pureza, é medida bastante eficaz na condução de políticas voltadas a tratamento diferenciado entre usuários e traficantes.

Todavia, tendo em conta a disparidade dos números observados em cada país, seguramente decorrente do respectivo padrão de consumo, dos objetivos específicos, entre outras variantes, não se pode tomar como referência o modelo adotado por este ou aquele país.

Por isso mostra-se recomendável, no caso do Brasil, ainda sem critérios objetivos distinção entre uso e tráfico, regulamentação nesse sentido, precedida de estudos sobre as peculiaridades locais. (7)”

De acordo com a regra prevista no art. 28, §2º, da Lei 11.343/2006, para determinar se a droga se destinava 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. Como a lei prevê os mesmos núcleos verbais tanto para o crime de tráfico, quanto para a posse para consumo pessoal, o que diferencia uma de outra conduta é a finalidade, o elemento volitivo relacionado à destinação da droga (se para uso pessoal ou comércio). O art. 28, §1º (1), igualmente, apresenta vetores interpretativos úteis na determinação da tipicidade relacionada a situações envolvendo a posse de drogas ilegais, em especial no que diz com a referência à “pequena quantidade”^{VIII}.

Guilherme de Souza Nucci, *de lege ferenda*, aponta a necessidade de operacionalizar uma mudança radical nos chamados “*pontos-cegos*” da lei de drogas (*rectius*, “cegueira hermenêutica”), apresentando duas propostas (29):

“a) inverter o elemento subjetivo do tipo específico, retirando-o do artigo 28 para inserir outro no art. 33. Em outros termos, o crime previsto no artigo 33 deve conter uma finalidade especial: para o fim de comercializar, negociar, transmitir a terceiros, mesmo sem fim lucrativo imediato. Afinal, traficante não vive de caridade; as drogas são dadas a certas pessoas, num primeiro instante, para viciá-las; depois, tudo é cobrado. Traficante de drogas é pessoa abastada economicamente, podendo adquirir imóveis, móveis e, principalmente, armas pesadas. Do outro lado, está o consumidor, que deveria simplesmente ser assim considerado, quando o Estado-acusação não conseguir demonstrar a finalidade do transporte de droga para transferência a terceiros. Nesse

VIII “As 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” (1).

prisma, quem carrega consigo 2 gramas é, em primeiro plano, consumidor; somente se essa presunção se desfizer (presunção relativa), pode-se acusá-lo de tráfico. Há quem diga não existir essa inversão do ônus da prova. Sugiro a quem assim pense uma consulta na jurisprudência nacional – o que já fizemos – encontrando vários julgados com expressa menção à referida inversão, pois o elemento subjetivo específico concentra-se no artigo 28 – e não no artigo 33 – demonstrado na expressão para consumo pessoal;

b) por mais que, num primeiro momento, pareça uma reforma para engessar a atividade judicial, antes assim do que vislumbrar as imensas diferenças de critérios capazes de apontar o tráfico de drogas, para uns juízes e consumo para outros. É fundamental que o Legislativo estabeleça uma quantidade para o porte de cada espécie de drogas, a fim de que se possa presumir (presunção relativa) o caráter de consumidor de quem a carrega consigo. Outros países assim fizeram, variando de 20g de maconha até 200g da mesma droga. Nada impede que o portador de 20g seja um traficante, travestido de usuário, motivo pelo qual, desmascarado pelas provas efetivamente produzidas nos autos – e não pelo achismo de qualquer operador do direito – assim será condenado”.

O Instituto Igarapé tornou pública a nota técnica sobre “critérios objetivos de distinção entre usuários e traficantes de drogas”^{IX} apresentando na Tabela 3, que contém três cenários (20):

IX *“Deste modo, propomos três cenários de quantidades, que levam à presunção relativa de que a posse da substância ilícita, até o respectivo patamar, destina-se ao consumo pessoal. Para elaborá-los, levamos em conta acervo referencial teórico mais confiável nas áreas médica, jurídica e político-criminal, como a Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack, e depoimentos de profissionais da área médico-científica e de usuários de drogas ilícitas, levantados com o método Delphi. Centramo-nos sobre as substâncias ilícitas mais frequentemente apreendidas no Brasil: a maconha e a cocaína, incluída nesta última também o crack” (20).*

**Tabela 3 – Quantidades de porte de drogas para consumo próprio
Cenários de Referência (consumo per capta)**

Substância	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Maconha (em gramas)	25g	40g	100g
Maconha (pés fêmeas florindo)	6 pés	10 pés	20 pés
Cocaína/Crack (gramas)	10g	12g	15g

Em meados de 2016, a Plataforma Brasileira de Política de Drogas foi provocada pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) a emitir um parecer técnico a respeito da proposta de implementação de quantidades objetivas. Excertos desse documento seguem transcritos abaixo, *verbis* (31):

“Por mais controverso e complexo que seja o estabelecimento de critérios objetivos, parâmetros que tornem as decisões menos refém da subjetividade – e, por consequência, de sua seletividade social ao punir – seriam fundamentais para que os operadores do direito possam decidir de maneira mais qualificada. Esse balizamento técnico não se esgota no estabelecimento de quantidades, ainda que esse possa ser discutido. Sabe-se que boa parte dos flagrados por tráfico de drogas no Brasil são apanhados em patrulhamento de rotina, desarmados, sozinhos e com quantidades relativamente pequenas de drogas, sendo, como já dito anteriormente, oriundos das camadas sociais mais pobres e discriminadas. O fato de ser flagrado com drogas em comunidades e bairros de baixa renda é, na prática, considerado uma presunção de tráfico, num padrão de atuação do judiciário que deveria ser diariamente combatido. A definição de critérios objetivos e a produção de parâmetros técnicos deve ter essa realidade em seu horizonte para que os operadores do direito tenham mais clareza dos impactos sociais que as prisões por crimes relacionados às drogas ilícitas representam.

(...) Os critérios adotados pelos diversos países são muito diversos. Muitos deles não basearam suas legislações ou juris-

prudências a partir de quantidades específicas, mas de uma definição genérica de “pequenas quantidades” Por vezes, essa definição se dá apenas no caso da maconha, permanecendo indeterminada para outras drogas.

A Plataforma apresenta a um quadro geral da variação de critérios internacionais para as duas drogas ilícitas mais consumidas no Brasil (31), a maconha e a cocaína (Tabela 4):

Tabela 4 – Exemplo de limites para posse de drogas para uso pessoal

País	Limite de Cocaína (em gramas)	limite de maconha (em gramas)
México	0,5	5
Holanda	0,5	5
Paraguai	1,0	10
República Tcheca	2,0	15
Portugal	2,0	25
Espanha	7,5	200

Inspirado em gráficos presentes em CARLOS (2015).

“A variação das quantidades médias é um dos indícios do quão complexo é definir padrões de consumo. Outra dificuldade em se estabelecer objetivamente uma quantidade de drogas consumida em determinado período de tempo é a grande variação na pureza e na composição química. Alguns países, como a Hungria e a Áustria, definem a quantidade máxima de tetra-hidrocanabinol (THC), o principal princípio ativo da maconha, e não de erva ou de resina apreendida.

No Brasil, quantidades apreendidas são classificadas a partir de exames simples que não detectam outros contaminantes ou níveis precisos de pureza. Para chegar a esse nível de detalhamento, são necessários exames mais caros e demorados e, portanto, deve ser definido com muita clareza se as quantidades que seriam o limite para a presunção de posse para uso se basearão na soma bruta ou na quantidade de

substância ilícita purificada, excetuando-se outros componentes, critério de difícil implantação prática (11).

Mesmo que futuras investigações de amplo alcance estatístico e metodologia sofisticada pudessem estimar o consumo médio dos brasileiros por períodos determinados de tempo – e, nesse ponto, seria ainda preciso considerar as variações infra-individuais, ou seja, as diferentes doses consumidas pela mesma pessoa momentos diferentes –, as médias ou as medianas de consumo não indicariam a diferença entre um consumidor e um distribuidor de drogas e sim um quadro de normatização de comportamentos. São os consumidores mais frequentes os que respondem pela maior parte da demanda de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Dessa forma, mesmo que, numa investigação hipotética, se descobrisse que três quartos dos usuários fizessem consumos médios mensais inferiores a 30 gramas de maconha, puxando a média e as medianas para baixo, usuários do último quartil estariam excluídos dessa classificação simplesmente por consumirem além do padrão. Caso se estabelecesse a média como padrão, aqueles flagrados com quantidades superiores poderiam apenas ser parte desse grupo, sem ter motivação de lucro ou mesmo de distribuição gratuita.

Todos os problemas para se estimar uma média de consumo são agravados para o caso da produção doméstica de drogas ilícitas, notadamente daquela que é mais consumida, a maconha. Produções domésticas de maconha apresentam grandes variações de escala por conta de peculiaridades geográficas e sociais, mas também porque seus proprietários têm objetivos diferentes do consumo imediato: garantir um estoque para a entressafra ou outros momentos de interrupção da produção, servir sua rede de amigos (muitas vezes em eventos coletivos), ou simplesmente manter uma colheita permanente e, portanto, com plantas em diferentes estágios de maturidade. Nesse caso, a determinação de uma quantidade média de plantas estaria dobrando uma estimativa normatizadora: que estabelece uma quantidade média de consumo e, a partir dela, uma produção média que garanta esse consumo.

Por fim, uma última consideração é que há um acúmulo de pesquisas que apontam que nem sempre a distribuição de drogas tem o lucro como única ou mesmo a principal motivação. O fenômeno que foi classificado como *social supply* (39) é encontrado em países diferentes e, de forma resumida, pode ser explicado pela intensa rede de distribuição de drogas ilícitas entre amigos e conhecidos e que fazem essa oferta motivados por fatores como o conagraçamento, a reciprocidade e o status social, onde o ganho financeiro, mesmo quando presente, é apenas um coadjuvante. Ademais, em um país desigual e com altos níveis de pobreza, o pequeno tráfico de varejo deve ser compreendido em um contexto de múltiplas motivações. Se enquadrados como “traficantes”, pessoas desse grupo são as que mais lotam os presídios, embora saiba-se, por ampla literatura, que tais prisões, ou, mais dramaticamente, seus assassinatos - seja por conflitos armados, seja por forças policiais -, apresentam impacto residual na oferta de drogas e menos ainda na sua prevalência de consumo” (31).

3 – Descriminalização de todas as drogas ou apenas da maconha

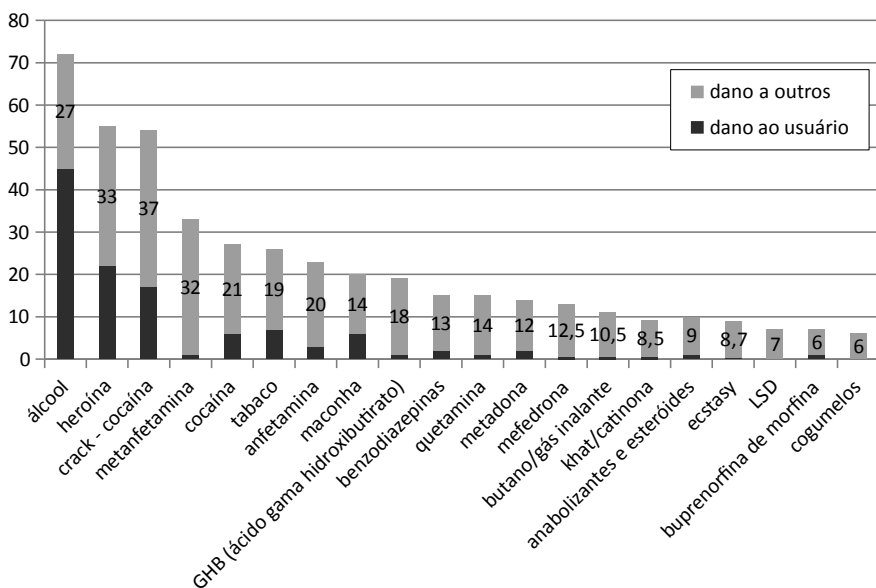
Pelo voto do relator no Supremo Tribunal Federal, ministro Gilmar Mendes, frente ao Recurso Extraordinário nº 635.659 (7), todas as drogas serão atingidas pela declaração de inconstitucionalidade da incriminação da posse para uso pessoal. Já para os ministros Edson Fachin e Luis Roberto Barroso, apenas a maconha. Haveria razão jurídica para essa distinção? No nosso entender, não.

O parágrafo único do art. 1º da Lei 11.343/2006 diz que drogas são as “*substâncias ou os produtos capazes de causar dependência*”, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União (1). Assim, aqui já seria feito um primeiro questionamento: por que drogas capazes de causar dependência e que promovem reconhecidos danos sociais, como bebidas alcoólicas, tabaco e fármacos, não são proibidas?

Em uma escala de nocividade de diferentes drogas, elaborada no Reino Unido a partir da avaliação científica a respeito dos danos indivi-

duais e sociais a elas associados (30), o álcool ficou em primeiro com 72 pontos, enquanto a *cannabis* ficou em oitavo lugar, com 20 pontos (Gráfico 1):

Gráfico 2 - Danos causados por drogas no Reino Unido: uma análise de decisão por critérios múltiplos



Mas afinal, o que é droga? Destaco aqui a opinião de neurocientistas que estudam o tema (32):

“O que é droga? Se tomarmos como referência as leis norte-americanas (Food, Drug, and Cosmetic Act) que regulam o uso de remédios e alimentos daquele país, droga é definida como: (i) substância reconhecida por farmacopeia oficial; (ii) substância utilizada no diagnóstico, cura, alívio, tratamento ou prevenção de uma doença; (iii) substância não alimentícia usada para afetar a estrutura ou a função do corpo; (iv) substância usada como componente de um remédio. Do ponto de vista das neurociências, embora não exista conven-

ção formal para o uso do termo, pode-se dizer que toda substância capaz de alterar parâmetros biológicos é uma droga. Portanto, a despeito das circunstâncias legais, políticas e históricas, do ponto de vista biológico, o termo “droga” pode ser atribuído a todos os fármacos e substâncias psicoativas, além de muitos alimentos. Numa sociedade livre e esclarecida, o debate sobre a melhor forma de regular o consumo de drogas deve pautar-se exclusivamente pelo conjunto de efeitos que produz. O efeito de uma droga é produto da interação de três fatores: 1) a substância em questão, com seu modo de ingestão, composição molecular e especificidades farmacológicas; 2) o corpo que recebe a droga, com sua história de vida, marcas biológicas e predisposições inatas; 3) o ambiente físico e social em que ocorre o uso”.

De acordo com o World Drug Report 2015 (38), aproximadamente 246 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos fizeram uso de drogas no ano de 2013, o que corresponde à prevalência global de 5,2%. Cerca de 27 milhões de pessoas (0,6% da população mundial entre 15 e 64 anos) fazem uso problemático de drogas. A *cannabis* é a droga ilegal mais consumida no mundo, com aproximadamente 3,8% da população mundial entre 15 e 64 anos (cerca de 180 milhões de pessoas). O mercado de *cannabis* corresponde a aproximadamente 80% do mercado de drogas ilegais (35).

De todo modo, nenhuma justificativa jurídica pode ser aceita para que apenas a *cannabis* tenha a posse para uso pessoal descriminalizada.

Conclusão

Já ressaltai a zona cinzenta entre o tráfico e a posse de drogas para consumo pessoal. A diferença entre um e outro enquadramento é decisiva para pessoa abordada. Ou poderá ser presa, por até quinze anos, ou seguirá livre, embora sujeita, pelo menos transitoriamente, às medidas previstas no art. 28, *caput*, da Lei nº 11.343/06, sem efeitos prisionais. Conforme há pouco relatamos, há sérios indicativos de que esse contexto pode conduzir à inadmissível seletividade do sistema penal. A interpretação dos fatos, com elevada carga de subjetividade, pode levar ao trata-

mento mais rigoroso de pessoas em situação de vulnerabilidade – notadamente os mais pobres.

Apesar do alerta contido no voto do ministro Gilmar Mendes, a prática judiciária no Brasil vem consagrando a aplicação da Lei de Drogas em desconformidade com a Constituição: graças à inadmissível inversão do ônus da prova e à sistemática desconsideração do postulado constitucional que assegura a presunção de inocência, usuários são condenados com base na presunção de tráfico, em especial os negros, pobres e periféricos, que constituem a clientela preferencial do sistema de justiça criminal brasileiro (67% das pessoas presas no Brasil são da etnia negra) (figura 1) (19):

Tabelas 5 a 8 – Perfil das Pessoas Presas no Brasil.

Formação Escolar	%	Tipos de Crime	%
analfabeto	9	Tráfico	27
alfabetizado	9	Roubo	21
Fundamental incompleto	53	Homicídio	14
Fundamental completo	12	Furto	11
Médio Incompleto	11	outros	11
médio completo	9	posse de arma	7
superior incomp.	1	receptação	3
superior completo	1	latrocínio	3
		formação de quadrilha	2
		violência doméstica	1
Idade	%	Etnia	%
18 a 14 anos	31	negra	67
25 a 29 anos	25%	branca	31
30 a 34%	19	amarela	1
35 a 45 anos	17	outros	1
46 a 60 anos	7		
mais de 61 anos	1		

Fonte: Infopen, junho 2014.

Em vista dessa realidade, urge reformar a política de drogas brasileira.

Adotando a perspectiva metodológica da teoria do *labelling approach*, segundo a qual se deve deixar de lado o indivíduo delinquente para concentrar a atenção na sociedade criminógena, deslocando-se o foco dos *bad actors* para os *powerfull reactors*, há que se reconhecer que o problema não é a droga, mas a proibição.

Devemos abandonar o paradigma bélico (*si vis pacem, parabellum*), para que outro seja instaurado em seu lugar, permitindo a restauração da paz que sempre caracterizou a relação ancestral, verdadeira constante antropológica, entre seres humanos e substâncias psicoativas.

Sociedades abertas e democráticas reclamam mais tolerância e menos ordem.

O Brasil foi o último país do mundo a abolir o regime escravocrata. Seremos também os últimos a reformar a política de drogas, no sentido de afastá-la do sistema de justiça criminal e aproximá-la de uma abordagem que garanta a saúde, os direitos humanos e a redução de danos?

Referências

1. BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 11.343**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 23 de agosto de 2006. Brasília, 23 de agosto de 2006.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Resolução nº 1 de 19 de Agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União (DOU)**, Brasília, n.165, Seç.1, p.51, 28/08/2015. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_27017500_RESOLUCAO_Nº_1_DE_19_DE_AGOSTO_DE_2015.aspx>.

3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
4. BRASIL. Presidência da República. **Decreto Lei nº 7.179**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 20 de Maio de 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>.
5. BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). Supremo libera “marcha da maconha”. **Notícias STF**. (on line). Brasília, 15 junho de 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=182124>>.
6. BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). STF afasta criminalização da “marcha da maconha” pela Lei de Tóxicos. **Notícias STF**. (on line). Brasília, 23 novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=194435>>.
7. BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Recurso Extraordinário nº 635.659**. Tipicidade do porte de drogas para consumo pessoal. Caso Recurso Extraordinário (on line). Brasília, 10 de novembro de 2016.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). CFM encaminha informe aos médicos sobre prescrição de canabidiol. **CFM**. (on line). Brasília: 22 março 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26050:-2016-03-22-18-22-14&catid=3>.
9. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Conselho médico de SP quer descriminalizar maconha. **CREMESP na Mídia**. São Paulo, 3/11/2016. (on line). Disponível em: <https://cremesp.org.br/?siteAcao=Imprensa&acao=crm_midia&id=777>.
10. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Nota de esclarecimento do conselho federal de medicina à sociedade. **CFM**. (on line). Brasília: 3 novembro 2016. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/nota%20oficial%2003-11-16.pdf>>.
11. EASTWOOD N.; FOX E.; ROSMARIN A. **A quiet revolution: drug decriminalisation across the globe**. Release drugs, the law and human rights. London: EMCCDA, 2016. Disponível em: <<https://>>

static1.squarespace.com/static/541b7c6de4b09a2902b6920d/t/56e76adc62cd940c184d3d43/1458006841798/Release-A+Quiet+Revolution+2016.pdf >.

12. ELIAS, G. S. A **UNGASS 2016**: o primeiro passo da meia volta na política de drogas. Disponível em: <<http://jota.info/ungass-2016-o-primeiro-passo-da-meia-volta-na-politica-de-drogas>>.
13. ESCOHOTADO, A. **Aprendiendo de las drogas**: usos y abusos, prejuicios y desafios. Barcelona: Anagrama, 2005. 256p.
14. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Anual Report on the state of the drugs problem in Europe 2011**. Lisboa, 2011.
15. FEINBERG, J. **Harmless wrongdoing**: the moral limits of the criminal law. Oxford: Oxford University Press, 1990, v. 4.
16. FEINBERG, J. **Harm to self: The Moral Limits of the Criminal Law**. Oxford: Oxford University Press, 1986, v. 3.
17. FIGUEIREDO, E. N.; OTERO, L. Entre a criminalidade e a constitucionalidade: o cultivo e produção de cannabis para fins terapêuticos. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, n.286, p.22, 2016. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/5834-Entre-a-criminalidade-e-a-constitucionalidade-o-cultivo-e-producao-de-cannabis-para-fins-terapeuticos>.
18. HIRSCH, A. Paternalismo direto: autolesões devem ser punidas penalmente? **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, n.67, p.14, 2007.
19. INSTITUTE FOR POLICY RESEARCH. Studies. World Prison Brief Data - Brazil. **InfoPen de 2014**. London, 2014. (on line). Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/country/brazil>>.
20. INSTITUTO IGARAPÉ. **Critérios objetivos de distinção entre usuários e traficantes de drogas**. (Nota técnica). (on line). Rio de Janeiro, 10 agosto 2015. Disponível em: <<https://igarape.org.br/criterios-objetivos-de-distincao-entre-usuarios-e-trafficantes-de-drogas-cenarios-para-o-brasil/>>.
21. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Observatório nacional de política de controle de tabaco**. (on line). Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_con

trole_tabaco/site/home/dados_numeros/prevalencia-de-tabagismo>.

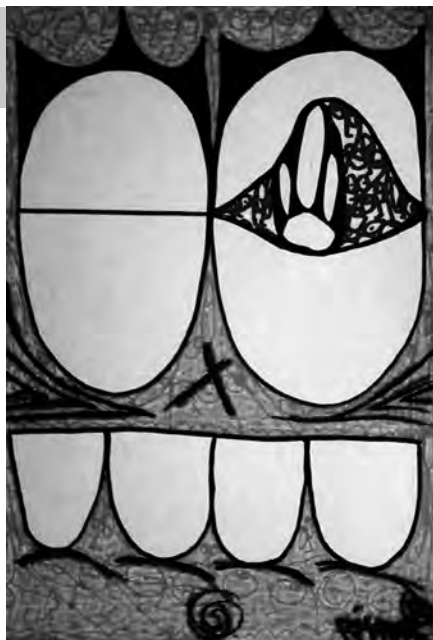
22. LARANJEIRA, R. (org.). **II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD) - 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD); Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)/UNIFESP, 2014. Disponível em: <www.cebrid.org.br>.
23. MARONNA, C. A. Drogas e consumo pessoal: a ilegitimidade da intervenção penal. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, ed. Esp. Drogas, outubro 2012. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4739-Drogas-e-consumo-pessoal-a-ilegitimidade-da-intervencao-penal>.
24. MILL, J.S. **On liberty**. Pennsylvania: Pennsylvania State University, 2006.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde (on line). Brasília.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.482**. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília: Diário Oficial da União (DOU), 5 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.lex.com.br/legis_27176258_PORTARIA_N_1482_DE_4_DE_AGOSTO_DE_2016.aspx.
27. MULTIDISCIPLINARY ASSOCIATION FOR PSYCHEDELIC STUDIES (MAPS). Plantando consciência. **MAPS no consultório**. (on line). Disponível em: <<http://plantandoconsciencia.org/pb/project/mdma-no-consultorio/>>.
28. NATIONS UNIS (UN). International Narcotics Control Board (INCB). **UNGASS plenary**. Special session of the General Assembly on the world drug problem. Viena, 2016. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Speeches/Speeches2016/INCB_speech_UNGASS_plenary_opening.pdf>.
29. NUCCI, G. S. A droga da lei de drogas. **Boletim de Notícias CONJUR**, São Paulo, 4 nov 2016. (on line). Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2016-nov-04/nucci-nao-nada-comemorar-10-anos-lei-drogas>>.

30. NUTT, D. J. KING, L. A. PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multi-criteria decision analysis. **Lancet**, London, v.376, n.9752, p.1558-65, 2010.
31. PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS (PBDP). **Posicionamento da PBDP sobre a adoção de critérios objetivos para diferenciar uso e tráfico de drogas**. (on line). São Paulo, 2016. 7p. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B8wnwVLa_o9oUXo5MFY3MHNBek0/view>.
32. RIBEIRO, S.; MALCHER-LOPES, R.; MENEZES, J. R. L. Drogas e neurociências. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, ed. esp. drogas, outubro/2012. Disponível em: < http://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4745-Drogas-e-Neurociencias>.
33. RIO GRANDE DO SUL. Terceira vara criminal – Canoas – Rio Grande do Sul. **Processo n: 008/21100080417**. Defesa preliminar – Art. 55, §1º, lei 11343/2006. Canoas, 15 de dezembro de 2011. (on line). Disponível em: <http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/jurisprudencia/34_13%2009%2011%20-%20alexandre%20thomaz%20-%20defesa%20%20%20%20%20_preliminar%20vers%C3%A3o%20final-1.pdf?1316644286>.
34. ROLLES, S.; MURKIN, G. **Cómo regular el cannabis**: una guía práctica. Transform Drug Policy Foundation/México Unido Contra la Delincuencia, 2014, p. 32. Disponível em: <http://www.tdpf.org.uk/sites/default/files/C%C3%B3mo-regular-el-Cannabis-Una-Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica.pdf>.
35. ROOM, R.; FISCHER, B.; HALL, W.; LENTON, S.; REUTER, P. **Cannabis policy**: moving beyond the stalemate. Beckley: Beckley Foundation Press, Oxford: Oxford University Press, 2010, p. 80.
36. ROSMARIN, A.; EASTWOOD, N. **A quiet revolution: drug decriminalization policies in practice across the globe**. Release drugs. London: EMCCDA, 2012.
37. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Report on the fifty-second session. **Official Records**, supl.8, 2009. Economic and Social Council. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/V09/825/56/PDF/V0982556.pdf?OpenElement>>.

38. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World drug report 2015**. New York, 2015. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf>.
39. WERSE, W.; BERNARD, C. **Friendly business**: international views on social supply, self-supply and small-scale drug dealing. Berlin: Springer VS, 2016. 239p.
40. FEINBERG, Joel. **Harmless wrongdoing**, the moral limits of the criminal law, New York: Oxford University Press, 1990, v. 3.

Parte III

Políticas Públicas e Drogas – para Além do Proibicionismo





Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil e no Estado de São Paulo: aspectos históricos e contextuais

Eroy Aparecida da Silva

Resumo:

O capítulo aborda os conceitos básicos sobre a evolução da política sobre drogas no mundo e no Brasil, chamando atenção para importantes marcos históricos, sociais e contextuais que fizeram com que avanços e retrocessos ocorressem.

Assim, produzindo um panorama nacional com relação às legislações de drogas são discutidas as legislações de coibição a subs-

tâncias psicotrópicas existentes desde a Coroa Portuguesa, o contexto de abordagem criminal e médica que favorece a implementação do proibicionismo no país, além das políticas específicas implementadas em nível do estado de São Paulo.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”
(Fernando Pessoa).

Introdução

O uso de substâncias psicoativas é milenar, entretanto passou por inúmeras transformações, finalidades e contextos, que precisam ser considerados na reflexão das atuais políticas sobre drogas, tanto no mundo como no Brasil contemporâneo.

Vários estudos apontam que o consumo de drogas durante muito tempo esteve sob a regulação sociocultural (1, 20-22, 28). Entretanto, as mudanças sociopolíticas e ambientais pós-revolução industrial transformaram seriamente os hábitos da população urbana, influenciando diretamente a regulação social do uso de drogas: a destilação do uso do álcool, o isolamento dos princípios ativos de várias substâncias e, posteriormente, a industrialização farmacêutica destas, contribuindo para a potencialização dos efeitos. Esses fatores associados a vários outros facilitaram o acesso ao consumo das substâncias psicotrópicas tanto para uso terapêutico e recreativo, quanto para o uso problemático, com o surgimento de questões de saúde associados ao consumo; justificando em parte a intervenção reguladora do Estado sobre o comportamento da população nos países, mediante a construção de políticas públicas.

No mundo contemporâneo, políticas públicas sobre drogas são compreendidas como o modo que o Estado e a sociedade tratam a questão do uso, abuso e dependência de drogas. Entretanto, as construções

das políticas, incluindo as de drogas, não ocorrem isoladas de um contexto sociopolítico, sanitário e de saúde. Esses contextos múltiplos devem ser compreendidos também sob a perspectiva das lutas dos movimentos sociais, de forma que mudanças significativas possam ocorrer no sentido de ampliar a construção das políticas para além dos aparatos e espaços públicos estatais, incluindo as práticas inscritas no cotidiano da vida em sociedade (27).

Este capítulo abordará os conceitos básicos sobre a evolução da política sobre drogas no mundo e no Brasil, chamando atenção para vários e importantes marcos históricos, sociais e contextuais que fizeram com que avanços e retrocessos ocorressem ao longo deste desafio.

Estado da arte: políticas sobre drogas no mundo: proibicionismo e redução de danos

Duas vertentes principais nortearam as políticas sobre drogas no mundo: o proibicionismo, cuja origem histórica é norte-americana, e que durante muito tempo se constituiu como vertente hegemônica, e a abordagens de “redução de danos”, advinda do modelo europeu de cuidado a partir de 1926 e que ganhou força na década de 1980 com o advento da aids e na atuação com os usuários de drogas injetáveis.

Estudos apontam que a política proibicionista sobre o consumo de drogas, teve início a partir do século XIX, embasados em uma visão repressiva e militarizada, cuja prática está configurada na compreensão deste consumo como um problema de ordem ora moral e/ou criminal, ora de doença (1, 45). Conforme o próprio nome define, a perspectiva proibicionista, na sua origem, é baseada em preceitos morais que concebem o consumo de drogas como uma prática delituosa que deve ser punida com o encarceramento de “criminosos” e “imorais”. Já a visão de doença (embora distinta da visão moral) tem como pressuposto que a dependência de drogas é uma doença biologicamente determinada e que precisa ser enfrentada com tratamento e reabilitação, inclusive hospitalar. Embora distintas nas práticas, essas duas visões têm em comum a meta da total abstinência de substâncias.

A origem do proibicionismo encontrou forças a partir de 1896, nos movimentos religiosos e populares americanos, dentre eles o Partido Proibicionista e a Sociedade para a Supressão do Vício, datado de 1873. Esses grupos foram se fortalecendo e ampliando seus espaços no governo e tiveram influencia direta na promulgação da Lei Seca de 1920, que incluiu o álcool na categoria de droga ilícita e proibindo o seu consumo até 1932.

A Lei Seca, entretanto, manteve restrita tanto a produção como comércio e o consumo de qualquer droga ilícita, inclusive e, principalmente, o álcool, o que não garantiu que essas atividades não ocorressem na prática, pois foi o período onde o comércio clandestino de álcool aumentou drasticamente, assim como todas as consequências associadas à proibição: aumento de consumo clandestino, violência associada ao comércio ilícito, etc. Essas medidas não ficaram restritas apenas ao consumo do álcool. Os Estados Unidos conduziram grandes campanhas contra o comércio internacional do ópio e liderou a realização de eventos internacionais em torno deste tema, dentre eles os Encontros de Xangai de 1906 e 1911 e as Conferências de Haia de 1912 e 1914. Esses eventos internacionais firmaram tratados entre diversos países defendendo a repressão tanto à comercialização como ao uso de outras drogas psicotrópicas que pudessem induzir abuso e/ou dependência, dentre elas o ópio, a morfina e a cocaína (46).

Reuniões globais foram, assim, realizadas para a efetivação e ampliação da política proibicionista promulgada e fortemente defendida nos Estados Unidos. Esta política de “combate às drogas”, sob a égide tripla da repressão, ostentação e proibição, se fortaleceu em diversos outros continentes, favorecendo o surgimento, a ampliação e o financiamento de crimes transnacionais (24).

Em 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU), após proposta dos Estados Unidos, foi criada junto a diversos países, com o objetivo de zelar pela segurança internacional. Entre seus principais eixos de atuação, consta fortalecimento do proibicionismo às drogas e a disseminação deste em escala mundial. No ano seguinte, em 1946, a ONU instituiu a Comissão de Narcóticos (CDN), cuja principal função foi estabelecer políticas de fortalecimento de um sistema internacional de controle e re-

pressão às drogas. Essa comissão organizou três importantes convenções internacionais, popularmente conhecidas como Convenções Irmãs: a primeira, realizada em Nova Iorque, em 1961; a segunda, dez anos depois em 1971 em Viena; e a terceira realizada em 1988 novamente em Viena. Esses encontros tiveram como finalidade a construção de um programa hegemônico com relação ao consumo drogas para todos seus estados-membros, consolidando um sistema internacional de “combate às drogas” e estabelecendo o proibicionismo como a política a ser seguida pelas nações signatárias da organização, incluindo o Brasil (35).

Em 1988, a ONU, convocou a Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS), com objetivo central de discutir a política mundial de drogas, reafirmando as decisões das três convenções anteriores e promulgando a meta de erradicação geral do cultivo de plantas/vegetais para a produção de drogas ilícitas, visando suprir o consumo de drogas ilícitas no mundo. O plano estratégico da UNGASS, (*“Um Mundo Livre de Droga: Nós Podemos Fazê-lo”*) estabeleceu o ano de 2008 como prazo para que este objetivo fosse atingido, realidade não atingida. As políticas sobre drogas baseadas no proibicionismo, assim, demonstraram não cumprir seus objetivos e, tampouco, têm potencial de cumpri-los, uma vez que consumo problemático dessas substâncias contém, em si, um conjunto de fatores que associados que criam uma complexidade muito além de seus efeitos nocivos. Neste sentido, é fundamental a mudança de foco rumo à compreensão das relações que os humanos fazem com as substâncias e não não apenas dos usos prejudiciais em si, visto que as estratégias políticas do proibicionismo ainda vigoram fortemente no cenário internacional, tanto nos Estados Unidos, como na Suécia, em Cingapura, Malásia, Japão e vários outros países da Ásia, além do Brasil (49).

As abordagens voltadas para a prevenção baseada na educação para a autonomia, incluindo a redução de danos, ainda são recentes, entretanto, historicamente, já eram presentes nas práticas de cuidado da cultura europeia, apresentando distinções conceituais, metodológicas e práticas da política americana. Araújo e Ribeiro (5) descreveram que os países europeus fazem a clara defesa das políticas baseadas na redução da demanda e não na redução de oferta, diferentemente de como preconiza a política americana.

As concepções da redução de danos tiveram início em 1926, na Inglaterra através do *Relatório de Rolleston*, que indicava a prescrição de opiáceos aos dependentes de heroína (23, 38), além de defender a importância da compreensão do fenômeno das drogas a partir de um contexto geral de saúde pública e não como algo a ser combatido. As origens da redução de danos partem da concepção de que as pessoas que usam drogas problematicamente devem ser tratadas, cuidadas e respeitadas e não julgadas e estigmatizadas; além disso, essas pessoas podem diminuir os impactos prejudiciais do consumo em geral e em sua saúde, optando por estratégias mais alternativas e mais adequadas para fazê-lo (4, 38).

Desta forma, é possível observar, através da análise retrospectiva dos estudos, a partir da década de 1920, uma crítica à noção de uma sociedade livre de drogas, considerando esta proposta como ingênua e impossível de ser viabilizada (4, 23). No entanto, a concepção desses estudos que apontavam redução de danos foi “ofuscada” pelas propostas proibicionistas americanas, voltando a ganhar força apenas nos anos de 1980, com a epidemia de aids, a expansão das infecções pelo vírus HIV e o aumento da transmissão desse entre os usuários de drogas injetáveis. Com isso a redução de danos passou a ser reconhecida como uma estratégia de saúde pública mais realista em vários países, inclusive no Brasil (30).

Para além de visões moralistas e de repressão e/ou de guerra às drogas, a redução de danos, desde suas propostas iniciais, teve como base a perspectiva da saúde na compreensão do consumo de drogas. Além disso, a abordagem considera e aceita que existem pessoas que não podem, ou não desejam deixar de fazer uso de drogas e, neste sentido, propõe desenvolver ações que visam reduzir os danos do uso, tanto para os próprios usuários, como para a comunidade.

No Brasil, inicialmente após muita resistência e críticas, as estratégias de ações de redução de danos tomaram forças, com os estudos e práticas de Mesquita e colaboradores, que pioneiramente implementaram seu modelo em Santos, na década de 1980, com as estratégias de distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis (30). Essas práticas foram duramente criticadas e reprimidas, ao ponto de Mesquita e seus colegas sofrerem processos judiciais sob a alegação de descumprimento da lei vigente de proibição e coibição do uso de drogas ilegais.

Apesar das dificuldades iniciais enfrentadas, as estratégias de redução de danos foram aos poucos adquirindo novas feições em diferentes contextos políticos, culturais e sociais, fortalecendo e difundindo as novas formas de refletir e intervir frente aos problemas advindos das relações que as pessoas estabelecem com as drogas psicotrópicas (3, 30-31). Dessa forma, a redução de danos se desenvolveu de forma prática e paralelamente às visões moralizantes, punitivas ou de alta exigência focadas exclusivamente na abstinência total a qualquer uso de drogas (29).

Atualmente o conceito de redução de danos ampliou seus usos, mas ainda é controverso e tratado dentro de uma visão errônea e dicotômica entre a política repressiva de guerra às drogas, ou seja, o proibicionismo, e a proposta de uma política de legalização geral de todas as drogas. Na realidade a redução de danos é a proposta de um conjunto de ações e/ou de estratégias saúde pública que têm por objetivo prevenir e intervir nas consequências negativas associadas ao uso tanto de drogas lícitas quanto ilícitas. Essas estratégias, consideram e incluem, ainda, um conjunto de medidas de saúde pública voltadas para minimizar as consequências adversas do uso de drogas, incluindo pessoas que estão ambivalentes em relação ao consumo e ainda aquelas que por motivos variados não desejam ou estão apresentando dificuldades de interromper o consumo (23).

Existem várias definições em relação à redução de danos. Neste capítulo será adotada a concepção do Ministério da Saúde brasileiro (34), que a define como uma política de estratégia de saúde pública que visa controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sem, necessariamente interferir na oferta ou consumo, buscando o respeito à liberdade de escolha e à inclusão social e cidadania dos usuários, em seus contextos de vida, com um modo de atuação clínica e de efeitos terapêuticos eficazes (34).

Assim, o princípio fundamental que orienta a redução de danos no Brasil é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos diversos serviços de atenção à saúde demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e precisam ter os riscos de infecção por HIV, hepatites e outras doenças minimizados (3-4). Nesse sentido, a redução de danos se configura como uma abordagem de prevenção importante para várias popu-

lações, uma vez que ultrapassa a visão tradicional de saúde pública e se aproxima de grupos de usuários com o objetivo de oferecer um cuidado e acolhimento de algumas necessidades específicas, prevenindo alguns problemas relacionados ao consumo de drogas (4, 49).

Um dos desafios encontrados em relação à implantação das ações deste modelo no país é a resistência, o preconceito e o estigma dos profissionais de saúde em relação às concepções sobre a questão de drogas, assim como a representação social da população baseada no senso comum moralista e na visão proibicionista que é mais divulgada (35, 48).

A política sobre drogas no Brasil

As políticas sobre drogas no Brasil, desde descobrimento do país, foram passando por mudanças consideráveis do ponto de vista legislativo. Entretanto, na maioria dos tempos, foram sustentadas pela coerção social, ou seja, por leis restritivas e condenatórias baseadas nos tratados internacionais e políticas proibicionistas, comandados e liderados pelos Estados Unidos. Esses tratados ressaltavam a importância do problema social “causado pelo uso das drogas” de modo binário, onde a droga era, ora “culpada”, ora “demonizada” pelas dificuldades advindas de seu consumo e este, por sua vez, era considerado “criminoso”. Tal visão oculta outras facetas profundas dos diferentes contextos onde o consumo das substâncias ocorre e mesmo aqueles que as mantêm. Além disso, desconsidera que são as pessoas em contextos socioeconômicos, culturais múltiplos que buscam as substâncias para uso, por inúmeras razões, e não, obviamente, pelos efeitos nocivos da droga *per se*. Ou seja, o tema não pode ser tratado sob uma perspectiva binária, sob pena de moralizar esta questão de natureza humana tão complexa.

Embrionariamente no Brasil, o início da preocupação com as legislações coercitivas em relação ao consumo de drogas, data desde a era colonial nas Ordenações Filipinas¹ (26). Estudos apontam que, desde essa época, havia interesse do Estado em medidas criminatórias para conter

1 As Ordenações Filipinas, de 1.632, baseadas nos direitos germânico, romano e canônico, foram a primeira legislação a vigorar no Brasil e vigoraram na parte criminal por mais de dois séculos.

e combater ao uso geral de drogas (26, 37), evidentemente apontando descontinuidade e equívocos nas políticas criminativas sobre o tema. O crescimento posterior das políticas proibicionistas mundiais propostas pelos Estados Unidos às nações signatárias dos tratados internacionais que propunham a forte repressão ao tráfico e ao uso de drogas, fez com que o Brasil adotasse, já no início do século XX, uma política sobre drogas baseadas nas posturas legislativas e práticas proibicionistas no que dizia respeito ao ópio e seus derivados, como em relação a outras drogas consideradas ilegais.

Na área de cuidado, a partir de 1861 surgem os primeiros estudos sobre o uso de drogas no Brasil, são da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A abordagem predominante são os estudos do estado mental dos usuários de álcool e ópio, classificados como próximos à loucura (25).

Também na Faculdade de Medicina da Bahia, os estudos do médico legista Raimundo Nina Rodrigues chamavam a atenção sobre a relação da incidência do alcoolismo na população negra e na vulnerabilidade desta, enquanto “raça inferior a dos brancos” (36). Desta maneira as políticas iniciais sobre drogas no Brasil, já estavam embasadas, de um lado, pela visão criminal/proibicionista e, de outro, pela visão médica de “doença mental”.

Na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas foi promulgada a Lei nº 891, de 1938 (10), que propôs a internação compulsória por tempo indeterminado daqueles que denominados, na época, “toxicomaníacos”. Essa legislação continha, ainda, a criminalização de todo porte de qualquer quantidade de drogas ilícitas e passou a ser um marco importante rumo à construção das políticas proibicionistas relacionadas ao consumo de substâncias futuramente implementadas no país. Apenas no governo de João Goulart, com meio de Decreto, nº 54.216 de 1964 (7), surgiu a preocupação com a saúde física do usuário, que até então vinha sendo desconsiderada desde 1938.

Nos anos de 1970, durante a Ditadura Militar, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão ao uso de drogas ilícitas. Neste período, surgiram os chamados “conselhos antidrogas”, denominados oficialmente de Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito federal; de Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONENS),

no âmbito estadual; e de Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENS), em âmbito municipal. Todos esses conselhos eram embasados na defesa de uma política proibicionista e punitiva em relação ao consumo de drogas ilícitas e na minimização dos problemas relativos às drogas lícitas. Vale apontar que, nos governos militares, a visão proibicionista foi fortemente defendida.

No governo militar de Emilio Garrastazu Médici, sob a perspectiva da relação estreita entre o consumo drogas e os prejuízos à saúde, foi criada a Lei nº 5.726 de 1971 (15), ressaltando, a dimensão biológica e de doença na abordagem do consumo de drogas ilícitas onde os usuários eram considerados “infratores viciados”, ou seja, pessoas que em razão do “vício”, não apresentavam condições de discriminação do caráter ilícito de seus atos.

Em continuidade com a evolução das políticas sobre drogas no Brasil, no Governo de Ernesto Geisel, a lei anterior foi substituída pela Lei nº 6.368 de 1976 (12), que equivocadamente é apontada como a primeira lei sobre drogas no Brasil. Esta lei vigorou por dez anos e previa a assistência à saúde dos dependentes de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, assegurando-lhes tratamento, tanto ambulatorial como hospitalar, a partir da definição de diagnóstico do dependente. Neste período, o Movimento de Reforma Psiquiátrica já defendia a importância da continuidade do atendimento sob a perspectiva extra-hospitalar, porém devido à ausência de recursos e cuidados específicos com os usuários problemáticos de drogas, o hospital psiquiátrico ainda era o local exclusivamente usado para tratamento.

O ano de 1976 foi um marco significativo para o questionamento do modelo de saúde mental “hospitalocêntrica”, adotado no Brasil. Em pleno governo militar foi construído o Centro de Estudos de Saúde (CEBES) e o organizado o Movimento de Renovação Médica que tiveram papel importante no movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (2), que, por sua vez deu impulso, na década de 1987, ao Movimento Antimanicomial que defende a bandeira de “uma sociedade sem manicômios”.

A partir da década de 1980, com o início da redemocratização no país, surgiram vários centros de tratamento especializado no cuidado dos usuários de drogas (ligados às universidades). Esses, posteriormente, fo-

ram considerados pela Secretaria Nacional Antidrogas como centros de excelência, dos quais se destacam:

- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), do Programa de Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia;
- Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CE-CRH), da Fundação de Saúde Amaury de Medeiros, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco;
- Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes de Drogas (PROAD), do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo;
- (Centro Brasileiro de Informações Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e a Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Universidade Federal de São Paulo;
- Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;
- Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro;
- Unidade de Tratamento de Dependência Química (UDQ), do Hospital Mãe de Deus da Universidade Corporativa Mãe de Deus (ligado ao Sistema Único de Saúde de Porto Alegre).

Esses centros, cada um a sua maneira, trouxeram importantes reflexões sobre as diferentes visões com relação às políticas sobre drogas, assim como nas abordagens de tratamento, evidenciando uma divisão clara entre os grupos de pesquisadores brasileiros: de um lado especialistas comprometidos com a visão mais ampliada da questão das drogas sob a perspectiva da redução de danos, de outro especialistas com uma

visão mais conservadora, que continuaram a defesa das políticas públicas embasadas na visão médico-jurídica demarcada pelo proibicionismo e defesa de abordagens de tratamento de alta exigência, como a abstinência como meta.

Em 1986, durante o governo de José Sarney, foi sancionada a lei nº 7.560 (13), que ampliou as ações para área de prevenção e tratamento especificamente para os usuários de drogas tanto de drogas lícitas (álcool e tabaco, benzodiazepínicos), como das ilícitas. Além disso, a lei criou o fundo de prevenção, recuperação de abuso e combate às drogas (FUN-CAB), que dispõe sobre o destino dos bens apreendidos e adquiridos no tráfico ilícito para uso a serviço do tratamento dos dependentes. É importante observar que a visão proibicionista de combate às drogas também se mantém fortemente presente nesta proposta e que as políticas públicas de saúde dirigidas aos dependentes e/ou abusadores de drogas ainda se mostram sustentadas por barreiras legais que dificultam a construção de novos modelos de cuidados, como a estratégia de redução de danos.

A Política de Drogas no Estado de São Paulo

No âmbito estadual, o governo do Estado de São Paulo, instituiu, no ano 1986, o Conselho Estadual das Políticas sobre Drogas (CONED) (41), cuja missão foi de contribuir para o aperfeiçoamento das ações voltadas para a prevenção, diminuição da oferta, tratamento e reinserção social de pessoas com uso problemático de drogas, propondo e acompanhando a execução desta política em nível estadual (42).

Em 1987, havia predominância das políticas proibicionistas em relação às drogas ilícitas e a comunidade científica apresentava sérias preocupações em relação ao consumo problemático das drogas lícitas, dentre elas o álcool, o tabaco, os solventes e os benzodiazepínicos. A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) instituiu o primeiro Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool (33).

Em 1989, somando esforços de vários pesquisadores e profissionais na área de álcool e outras drogas, dentre eles, a pesquisadora e psicóloga paulistana, reconhecida internacionalmente, Jandira Masur, do Departamen-

mento de Psicobiologia da Universidade de São de Paulo (NIFESP), fundaram a Associação Brasileira de Estudos sobre Drogas (ABEAD). Esta entidade propunha a discussão sob a perspectiva científica (e não mais dogmática e/ou do senso comum) da questão do tratamento para usuários de drogas no Brasil, enfatizando a importância dos cuidados em relação ao consumo de drogas lícitas, principalmente o álcool.

No ano de 1991 o Ministério da Saúde amplia o Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool e institui o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e Dependência Química, voltados para ações de prevenção, assistência e tratamento.

Em 1993, durante o governo de Itamar Franco, é criado o Ministério da Justiça, e com ele, é instituída a Secretaria Nacional de Entorpecentes e a nova lei de drogas: nº 8.764 (14). Esta secretaria significou uma ampliação no campo político na área de álcool e outras drogas, pois propiciou uma abordagem maior sobre o tema, além da integração de vários outros órgãos: Ministérios da Saúde, da Fazenda, Bem-Estar Social e Vigilância Sanitária, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de ações conjuntas nos diferentes estados. As políticas proibicionistas passaram a ser seriamente criticadas em função dos resultados pouco ou nada efetivos, tanto nacional quanto internacionalmente, e a defesa de estratégias de redução de danos foram pautadas e ganharam espaço. Esses avanços nas políticas sobre drogas brasileiras caminharam junto a outras conquistas na área de saúde mental, mediante a construção do SUS e da Reforma Psiquiátrica (2).

Um marco significativo em defesa da concepção de drogas sob a perspectiva da redução de danos ocorreu no Brasil, em 1997, em Brasília, durante o 2º Congresso Brasileiro de Prevenção da Aids: a fundação da Associação de Redutores de Danos (ABORDA) organização não-governamental, que tinha como objetivo principal a implementação e fortalecimento da redução de danos como política pública e a defesa da dignidade dos redutores de danos.

Em continuidade à luta em defesa de uma política de redução de danos e se contrapondo às políticas proibicionistas na área de álcool e outras drogas, durante o Encontro Nacional de Redução de Danos, realizado na cidade de São Paulo em 1998, foi fundada, em parceria com

algumas entidades e serviços que claramente defendia a política de redução de danos, a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC). Nesse mesmo ano foi criado, também em São Paulo, o Centro de Convivência É de Lei, organização da sociedade civil sem fins lucrativos, que tem como objetivo defender, incentivar e promover ações baseadas na redução de danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas.

A defesa da política de redução de danos em relação ao consumo de álcool e outras drogas ganhava, assim, força e foi se constituindo como uma alternativa significativa a política proibicionista, apesar das muitas resistências (18-19).

Em 2001, no governo de Fernando Henrique Cardoso, embora a visão proibicionista quanto às drogas estivesse em vigor, novas perspectivas ganharam espaço, dentre elas a atenção à saúde dos usuários de drogas, que passou a ser um tema central nas políticas sobre drogas, embora, ainda com várias contradições, pois a construção das políticas públicas estava sob a égide da verticalização e não contava com a participação de entidades das organizações não governamentais que lidavam com o tema (16). O decreto nº 4.345 de 2002 cria a Política Nacional Antidrogas (6). Essa política passou a ter vigência em todo território nacional, apontando o uso de drogas como um problema de saúde de natureza múltipla e que deveria ser tratado nas suas dimensões contextuais de forma integrada, embora ainda compartilhasse a proibicionista quanto à repressão e criminalização da produção e porte de drogas ilícitas e a negligência em relação ao tratamento das drogas lícitas, como o álcool, tabaco, solventes inalados, etc. De qualquer forma, a nova lei facilitou o aumento dos estudos alinhados aos princípios da Reforma Psiquiátrica sob a ótica de redução de danos (3, 18-19).

Em 2002, a Prefeitura da cidade de São Paulo, seguindo a Lei nº 13.321, cria o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMUDA), administrativamente ligado a Secretaria Municipal Direitos Humanos (44).

Em 2003, o Ministério da Saúde, inclui a redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional de Drogas ao criar os Centros de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas (CAPSad) (31). Essa proposta da redução de danos é incluída na tentativa de diminuir os

problemas e efeitos prejudiciais do uso de drogas, sem necessariamente propor a interrupção do consumo das mesmas, focando a cidadania, a integração e a inclusão social dos usuários (34).

No primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2004, mudanças significativas começaram a ser desenvolvidas na área de atenção e cuidado aos usuários de drogas psicotrópicas, em especial de crack:

- (1) a formulação da política integral a saúde dos usuários de álcool e outras drogas;
- (2) a Inclusão deste tema na agenda de saúde pública brasileira;
- (3) a atenção aos usuários drogas passa a ser articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS).
- (4) a ampliação das diretrizes políticas desde a prevenção, tratamento e reinclusão social, constituídos por vários privados ou públicos: hospitais gerais e psiquiátricos, hospital dia, serviços de emergências, CAPS, CAPSad, Comunidades Terapêuticas, Moradias Assistidas, Casas de Convivência e Apoio, Grupos de Autoajuda.

Em 2005, passos significativos foram dados na história das políticas de enfrentamento e não mais de meramente de “combate” de drogas no Brasil. A Política Nacional Antidrogas foi substituída Política Nacional sobre Drogas (PND), passando a incluir a estratégia de redução danos como política pública de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, contribuindo para o avanço significativo na construção de uma atenção mais humanizada e inclusiva.

Em 2005, ainda, pesquisadores atuantes na área de drogas no Brasil, e participantes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), divergentes com as posturas de cunho proibicionista da entidade, deixam essa associação e constroem a Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD). A ABRAMD, além de apoiar a visão de redução de danos, pauta como principal objetivo a promoção de debates científicos na área de substâncias psicoativas e dependências, em perspectiva multidisciplinar, inclusiva e colaborativa com a comunidade e sociedade como um todo.

Em 2006, com a Lei nº 11.343 (11) o governo institui o Sistema Nacional Antidrogas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), marco de demasiada importância na compreensão da questão do uso, abuso e dependência de drogas no âmbito nacional: o enfrentamento ao uso problemático de drogas se amplia para além da “visão proibicionista clássica” de criminalização, moralização e repressão (39-40,47) e passa a ser encarado como um problema social de complexidade e contextos amplos e deve ser encarado com políticas humanizadas e Inter setoriais. Esse avanço se dá também com a inclusão da redução de danos como tema transversal, tal como fizeram outros países, atendendo ao momento sociopolítico contemporâneo: embora haja repressão do tráfico e da produção de drogas, se ampliarm estratégias de prevenção, a reinclusão social e a atenção à saúde (40).

O Governo Federal, preocupado com os problemas relacionados ao uso abusivo do álcool, principalmente no que diz respeito à experimentação precoce do mesmo feita pelos adolescentes, institui, em 2007 a Política Nacional sobre Álcool (CONAD) (8), visando estabelecer estratégias coletivas e intersetoriais em relação à prevenção ao álcool. Essas diretrizes, posteriormente, foram modificadas e ampliadas para atingir outras substâncias, passando a ser denominado Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (32).

Em 2010, no segundo mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, em função do visível aumento do uso do crack (embora menos significativo que os prejuízos trazidos também por algumas drogas lícitas), por meio do decreto nº 7.179, se cria o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas* (9). Este plano, entretanto, mantém o mesmo posicionamento ideológico das políticas anteriores no seu cerne: a repressão ao narcotráfico e à oferta de drogas; embora procure avançar na integração de estratégias de ações de espectros amplos voltados desde a prevenção até a reinclusão social, formação de recursos humanos e capacitações permanentes voltadas para os profissionais no acolhimento dos usuários. Este plano do Governo Federal sofreu várias críticas em relação à adoção de medidas ostensivas e militarizadas como as internações compulsórias para crianças, jovens e moradores rua para tratamento da dependência mediante acompanhamento de agentes de saúde.

Na cidade de São Paulo em 2010, mediante proposta do Centro de Convivência é de Lei, foi criado o Fórum Intersetorial Sobre Drogas e Direitos Humanos (FIDDH). Este fórum, definido enquanto um espaço de articulação, formulação e encaminhamento de propostas relacionadas à questão das drogas e das políticas a elas relacionadas, sob a perspectiva de respeito aos direitos humanos e da redução de danos, é composto por organizações, trabalhadores, familiares e usuários ligados à rede de atenção, além de pessoas interessadas no tema.

Em 2011, no primeiro governo de Dilma Roussef, foi lançado o Plano do Governo Federal “Crack: é possível vencer” (17), cujo objetivo foi à ampliação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack. Uma das finalidades principais desta iniciativa foi ampliar as abordagens de tratamento de saúde, investir em prevenção, incluindo estratégias pedagógicas a serem adotadas nas escolas, além do enfrentamento das organizações criminosas e do tráfico. A partir de então, a política de drogas no Brasil propõe a ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo objetivo em linhas gerais é construir uma vasta rede integrada de saúde mental, articulada envolvendo os vários níveis de atenção, no atendimento e acolhimento das pessoas em sofrimento do consumo de álcool e outras drogas.

Focalizando novamente o estado de São Paulo, o governo estadual, em 2013, através do decreto nº 61.674, institui a Coordenação Política sobre Drogas (COED), reorganizada posteriormente, em 2015, e que atualmente se situa na Secretaria de Estado e Desenvolvimento Social (43). A função principal da COED é organizar a política sobre drogas do “Programa Recomeço”, programa do Estado de São Paulo para o enfrentamento ao crack e outras drogas (43).

Enquanto a política sobre drogas do governo estadual de São Paulo ainda está focalizada em estratégias proibicionistas, o governo municipal de Fernando Haddad construiu uma política voltada para as estratégias de redução de danos, com vários programas vigentes, dentre eles o “Braços Abertos”. Implementado em 2014 na região central da cidade, o “Braços Abertos” teve como objetivo construir uma rede de serviços para atendimento aos usuários de drogas, baseada nos pressupostos da redução de danos, incluindo a implementação de ações intersetoriais e integradas nas áreas de saúde, assistência social, trabalho e direitos hu-

manos, a disponibilização de serviços de atenção integral a saúde e a inserção dos usuários nas políticas públicas, como a oferta de moradia e emprego aos usuários aderidos ao programa. A avaliação dos resultados deste programa realizada pela parceria Instituto Brasileira de Ciências Criminais (IBCCRIM), Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos da Universidade Estadual de Campinas e o *Open Society Foundations* mostra dados animadores, dentre eles que 65% dos beneficiários do programa reduziram o consumo do crack.

Considerações finais para pensar o momento presente

Com a mudança de prefeito na cidade de São Paulo, certamente mudanças em relação às políticas sobre drogas na cidade poderão ocorrer, como frequentemente ocorre equivocadamente se observa nas mudanças de gestão frente às políticas que dão resultados. Entretanto, antes do “desmanche” do programa, o novo prefeito talvez possa aproveitar os pontos fortes do Programa Braços Abertos, que teve sua construção cuidadosa e inclusiva e atende a população em sofrimento com o uso prejudicial do crack, álcool e outras drogas.

Em maio de 2015, um esforço conjunto de vários profissionais que fazem a defesa das políticas de redução de danos e dos Direitos Humanos fundou a Plataforma de Política de Drogas. Essa, certamente, junto com outras entidades defensoras de uma política sobre drogas humanizada e inclusiva, irá auxiliar para a permanência dos avanços e garantias até aqui conquistados, embora saiba que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Com o afastamento de Dilma Rousseff, em 2016, e a violação do Estado Democrático de Direito no Brasil, o vice-presidente Michel Temer assumiu o governo. Frente a isso, já se observa que a política nacional sobre drogas está passando por novas mudanças, correndo o risco de retroceder à política proibicionista anterior.

No cenário internacional, a vitória inesperada de Donald Trump como presidente dos Estados Unidos deverá recrudescer as estratégias bélicas e proibicionistas às políticas sobre drogas, trazendo, certamente, futuras repercussões para a América Latina, inclusive para o Brasil. Esperamos

que as entidades representantes de pesquisadores, professores, universidades, junto com a sociedade civil, defensores da democracia, das práticas inclusivas e dos Direitos Humanos, juntos, possam evitar retrocessos em relação às políticas de cuidados humanizados com usuários de álcool e outras drogas no Brasil, que precisam avançar e não retroceder.

Referencias bibliográficas

1. ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p.2309-19, 2009..
2. AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**, 2ª. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
3. ANDRADE, T.M. Redução de Danos: um novo paradigma? In: NERY FILHO, A. (org.) **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA, 2004.
4. ANDRADE, T.M. Reflexões sobre política de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-4674, 2011.
5. ARAÚJO E RIBEIRO (2006)
6. BRASIL. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002, 26 de agosto de 2002, institui a Política Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, 2002.
7. BRASIL. **Decreto nº 54.216**, 27 de agosto de 1964. Promulga a Convenção Única sobre Entorpecentes. Brasília, 1964.
8. BRASIL. **Decreto nº 6.117**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Parte 1. Brasília: Presidência da República, 2007.
9. BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm>.

10. BRASIL. **Lei nº 891/25**, de novembro de 1938. Institui a Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro: Presidência: 25 de novembro de 1938.
11. BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República do Brasil, 2006.
12. BRASIL. **Lei nº 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Diário Oficial da União 22 out. 1976.
13. BRASIL. **Lei nº 7.560**, de 19 de dezembro de 1986. Institui o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate As Drogas de Abuso (FUN-CAB) e dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou de atividades correlatas, e dá outras providências. Brasília, 1986.
14. BRASIL. **Lei nº 8.764**, 20 de dezembro de 1993. Cria Secretaria Nacional de Entorpecentes, Presidente da Republica. Brasília, 1993.
15. BRASIL. **Lei nº. 5.726**, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1 nov. de 1971.
16. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, 2001(b)
17. BRASIL. Programa 'Cracké Possível Vencer' tem adesão de doze estados. **SECOM** (on line). Brasília: SECOM, 7 ago 2012. Disponível em: <<https://www.rogeriocorreia.com.br/noticia/%E2%80%9Ccrack-e-possivel-vencer%E2%80%9D-ja-tem-adesao-de-12-estados/>>.
18. BUENO, R. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In: BASTOS, F.I; MESQUITA, F; MARQUES, L.F. (org.). **Troca de seringas**. Ciência, Debate e Saúde Pública. Brasília. Ministério Saude, 1998. p.163-169.

19. CARLINI, E.A. Redução de Danos: Uma visão internacional. **Jorn Bras Psiq**, Rio de Janeiro, v.52, n.5, 335-339, 2003.
20. ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas, v.1**. Madrid: Alianza Editorial, 1989.
21. ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas, v.2**. Madrid: Alianza Editorial, 1989.
22. ESCOHOTADO, A. **Historia General de las drogas, v.3**. Madrid: Alianza Editorial, 1989.
23. FONSECA, E.; BASTOS, F. Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, G. **Avessos do prazer: drogas, aids e Direitos Humanos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.125.
24. FORTE, F.A.P. Racionalidade e legitimidade da política de repressão ao tráfico de drogas: uma provocação necessária. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.21, n.6, p.193-208, 2007. (on line). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000300013>.
25. GONDRA, J. **Artes de civilizar: Medicina, higiene e educação escolar na corte imperial**. Rio de Janeiro: Ed.UERJ, 2004.
26. GROCO FILHO, V.; RASSI, J.D. **Lei de Drogas Anotada: lei nº 11.343/2006**. 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.
27. LUCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J.; O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.399-407, 2007.
28. MAC RAE, E. **Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualístico**. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO, J.R.A. **Dependência de drogas**. São Paulo, Editora Atheneu, 2001. p. 25-34. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_edw10.pdf>.
29. MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Porto Alegre: ARTMED, 1999.
30. MESQUITA, F.C. Aids e drogas injetáveis. In DANIEL, H., COSTA, J.F.; PERLONGHER, N.; MESQUITA, F.C.; PAULO, L. F.; VIEIRA, T.M.S. et al. **Saúde loucura v.3** (2ª ed.). São Paulo: Hucitec, 1991.

31. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semiintensivo e não-intensivo. Brasília.
32. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.190**, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16978>.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool** (PRONAL). Brasília, 1988.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
35. RIBEIRO, M.M.; ARAÚJO, M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p.457-68.
36. RODRIGUES, R.N. **Africanos no Brasil**. São Paulo: Universidade de Brasília, 1982.
37. RONZANI, T.M., FURTADO, E.F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.4, p.326-332, 2010.
38. RONZANI, T.M.; SILVA, E.A. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. In: DIEHL, A.; FIGLIE, N. B. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?** um guia para pais, professores e profissionais que buscam um desenvolvimento

saudável para crianças e adolescentes. São Paulo: Editora Artmed/ Grupo A, 2014.

39. SANTOS, A.A. Lei de Drogas – Evolução histórica e legislativa no Brasil. **JurisWay**, 9 out de 2010. Disponível em: <<http://www.jurisway.org.br/>>.
40. SANTOS, J.A.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journ Nurs Health**, v.1, n.2, p.82-93, 2012. (on line). Disponível em: <<http://www2.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/view/104/148>>
41. SÃO PAULO. (Estado). **Decreto nº 25.367**, de junho de 1986, institui Conselho Estadual de Política sobre Drogas. São Paulo: Diário Oficial, v. 96, n.110, 13 de junho de 1986.
42. SÃO PAULO. (Estado). **Decreto nº 56.091**, de 16 de agosto de 2010. Altera a denominação do Conselho Estadual Sobre Drogas para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONED), dispõe sobre sua organização e dá providências correlatas. São Paulo: ALESP, 16 de agosto de 2010.
43. SÃO PAULO. (Estado). **Decreto nº 61.674**, de 2 de dezembro de 2015, reorganiza o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack – Programa Recomeço– que passa a denominar-se Política Estadual de Política sobre Drogas-Programa Recomeço: uma vida sem drogas. São Paulo: Gabinete do Governador, 2015.
44. SÃO PAULO. (Município). **Lei nº 13.321**, de 6 de fevereiro de 2002. Institui o Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMUDA). São Paulo, 2002.
45. SILVA JÚNIOR, F.J.G.; MONTEIRO, C.F.S. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enf.**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.378-383, 2012.
46. SILVA, L.L. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: FUNAG, 2013.
47. SILVA, S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. (Tese). Tarragona: Universitat Rovirai Virgili, 2010. Disponível em: <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34577/TESI.pdf?sequence=1>>.

48. SILVEIRA, P.S. **Estereótipos e atribuição moral do uso de álcool entre profissionais de saúde de Juiz de Fora.** (Dissertação). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2010.
49. SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 n.3, 2010.



Pequena Trajetória das Práticas de Redução de Danos e suas Possibilidades no Brasil

Bruno Ramos Gomes

Resumo

Apresenta-se o histórico e a adoção da redução de danos no Brasil, enfatizando a variedade de definições que guiam sua compreensão na adoção de estratégias de intervenção. Implementado enfrentando forte resistência, no final da década de 1990, por razões de enfrentamento da epidemia de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis, posteriormente ganhou outros usos sanitários na prevenção de outras doenças, como a hepatites. Foi integrado como modelo

para guiar estratégias de ação e ética na abordagem de usuários de drogas em geral, na defesa de direitos humanos dessas pessoas, ao mesmo tempo em que foi adotado como estratégia complementar no trato daqueles que não aderem à abstinência, chegando a aparecer associado a estratégias de contenção e segregação da população usuária de drogas, principalmente do crack.

Introdução

O Brasil tem questões bem singulares em relação ao uso de drogas, compartilhadas apenas parcialmente por outros países da América Latina. Aspectos da forma de compreensão local, a proximidade de países que produzem a folha de coca e seus derivados e, principalmente, o olhar moral sobre as substâncias ilícitas, fazem com que tenhamos situações de uso e abuso de drogas e de problemas associados ao comércio dessas substâncias, diferentes das enfrentadas pelos países desenvolvidos. O país está, também, cheio de contradições nesta área: em pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo, em 2008, sobre a opinião pública com relação ao uso de drogas (6), a imagem que as drogas têm para o brasileiro está ligada à ruína, decadência e degradação pessoal, destruição e problemas familiares e coisas ruins e erradas. Isso ocorre ao mesmo tempo em que o homem mais rico do país é um dos donos de praticamente todas as marcas de cerveja aqui comercializadas.

A principal questão de saúde pública associada às drogas é o consumo de álcool, substância envolvida na maioria dos acidentes de trânsito, nas brigas de bar, nas cenas cotidianas de violência doméstica e nos casos alcoolismo espalhados em praticamente todas as comunidades do país. O consumo de álcool está associado a 10% de toda a morbidade e mortalidade no país (9). Mesmo assim, o que se alardeia é o pânico com uma pretensa epidemia de *crack*, respondido pelo governo federal com o “Programa Crack: É Possível Vencer”.

Na área do cuidado, o financiamento público tem sido empregado, principalmente, nas chamadas comunidades terapêuticas, espaços de interação com pouca regulamentação, em sua maioria baseados em práticas de conversão religiosa, teoria dos Alcoólicos Anônimos e trabalho braçal.

Partindo da ideia de que uma das coisas que fundamenta as práticas de redução de danos é o seu diálogo com os usuários de drogas e a adequação com o contexto, este texto busca identificar os contornos em que foram possíveis as ações em redução de danos no país e que caracterizam um jeito bem específico de compreender esta perspectiva de cuidado e de praticá-la.

Um termo, vários sentidos: o surgimento e sua expansão

O termo redução de danos (RD) começou a ser usado no início dos anos 80, ligado a uma estratégia específica de distribuição de seringas, e de lá pra cá vem sendo usada de forma cada vez mais ampla, às vezes beirando um generalismo que pouco ajuda a entender e desenvolver novas ações em redução de danos.

No início dos anos 80, em Roterdã, na Holanda, um grupo de usuários, organizados em um coletivo chamado *Junkiebond*, começou a perceber que muitos entre eles estavam com hepatite. Para enfrentar esta questão, começaram a distribuir seringas entre os usuários, para tentar evitar o compartilhamento de seringas e a transmissão. A aids ainda estava para ser descoberta, mas desta primeira iniciativa e do diálogo que se seguiu com o governo holandês gerou o primeiro Programa de Redução de Danos, oferecendo a troca de seringas para a prevenção da transmissão da hepatite B. Com o surgimento da aids e sua intensa transmissão entre os usuários de drogas injetáveis, rapidamente esta estratégia começou a se espalhar pela Europa e Austrália, realizada por associações e coletivos comunitários ou setores governamentais: na Holanda, o *Junkiebond* começou o primeiro programa de troca de seringas em 1984, os primeiros programas de troca de seringas no Reino Unido começaram em 1986, mesmo ano que se iniciou um programa de troca de seringas na Austrália. A primeira sala de injeção supervisionada iniciou suas atividades em Berna, na Suíça, em 1986 (8). Dessa forma, a redução de danos foi deixando de ser uma estratégia ou um conjunto de estratégias, para se tornar uma perspectiva para se olhar as questões associadas às drogas.

Apesar das resistências, a redução de danos foi se expandindo rapidamente, tendo como principal força seu pragmatismo. Por mais que trouxesse ações inovadoras e extremamente polêmicas, elas se mostravam eficazes no que se propunham, de modo que os resultados eram muitas vezes difíceis de serem questionados. A rápida diminuição da transmissão das hepatites e HIV, a redução das mortes por overdose, o aumento do acesso dos usuários de drogas aos serviços de saúde em geral e do tratamento para o uso problemático são alguns dos resultados de forte impacto.

Encontramos, então, como pontos fundamentais das estratégias desenvolvidas, a partir da perspectiva da redução de danos, a participação ativa do usuário na construção e desenvolvimento das ações, o objetivo não norteado pela noção de abstinência e o pragmatismo, buscando a constante avaliação para realmente reduzir os danos almejados.

Como não tem um foco só, o de levar todos os usuários à abstinência, as estratégias de redução de danos são desenvolvidas, cada uma, buscando atingir um objetivo diferente que consiga reduzir um dano ou risco específico.

Nesta expansão, em cada contexto, a redução de danos foi ganhando contornos diferentes. Na grande maioria dos lugares, suas estratégias ficaram bem ligadas à área da saúde, tendo um aspecto prioritariamente sanitário. Programas de redução de danos especializaram-se em desenvolver estratégias para promover acesso dos usuários às seringas limpas, à troca das usadas, ao tratamento dos que portavam HIV ao antirretroviral, à incorporação de técnicas de injeção segura e à prevenção de overdoses (4). Mesmo com este foco prioritariamente sanitário, estes serviços de redução de danos foram se integrando à rede de serviços em geral, como albergues, hospitais e postos de saúde.

Os serviços de redução de danos destacam-se pela acessibilidade aos usuários. Conseguem entrar nos mais diversos contextos de uso de drogas e interagir com o usuário ali onde ele está. A partir desta primeira entrada em meio aos usuários de drogas injetáveis, com o passar dos anos, as estratégias passaram a acontecer também em festas, festivais de música eletrônica, clubes, cenas de uso de outras drogas, como o *crack* e a metanfetamina, ainda que em menos intensidade e com menos ações.

Assim, a redução de danos tem se mostrado útil para a concepção de serviços de baixo nível de exigência, como albergues, centro de convivência, espaços de distribuição de materiais preventivos e ônibus que distribuem metadona, visando o uso menos vulnerável dessas substâncias (1). Estes serviços têm toda a sua estrutura e metodologia desenhada para ser o mais abertos e acolhedores. Exigem muito pouco do usuário, mesmo que não queira se tratar e nem ficar abstinente, que não tenha documentos, ou não queira se identificar, favorecem sua aproximação e tentam não inibir aqueles que têm problema com a lei.

No entanto, esses serviços oferecem coisas simples, mas fundamentais, como banho, alguma alimentação e a possibilidade de encaminhamento para cuidar de suas demandas em outros serviços. Servem então como pontos de acesso dos usuários de drogas à rede de serviços, se complementando aos outros tipos de cuidado. A redução de danos posiciona-se, assim, como estratégia complementar, possibilitando inclusive acesso ao tratamento que vise a abstinência para aqueles que a desejam, o que termina por aumentar o índice que chega à abstinência, por mais que esta não seja seu único objetivo.

Além dos serviços de baixa exigência, com a redução de danos foram desenvolvidos equipamentos de maior nível de exigência, que foca um perfil específico do usuário que pode acessá-lo. Este é o caso dos serviços de prescrição de heroína no Reino Unido, voltados para usuários que já passaram por diversas tentativas de tratamento, sem sucesso de abstinência, mas que desejam uma vida estável, com moradia, trabalho ou na busca deste e não estejam utilizando drogas adquiridas no mercado clandestino. A estes é oferecido uma quantidade de heroína que é controlada, junto a abstenção a outras drogas, por meio de testes rotineiros (12).

No Brasil, a redução de danos teve um avanço muito mais tímido, com muita dificuldade de expansão de suas estratégias de ação, com início em meados dos anos 1990. A primeira iniciativa foi em 1989, em Santos, na gestão da secretaria de saúde por David Capistrano, a mesma que, abrindo as portas do primeiro manicômio do país, realizou seu des-

1 Substância derivada do ópio que ajuda os usuários a reduzir seu uso por cortar a síndrome de abstinência, que é bem intensa e sofrida no caso dos opióides.

monte/sua interação com o resto da sociedade. Porém, esta iniciativa foi embargada pelo Ministério Público de São Paulo.

Isso caracterizou as primeiras ações de redução de danos brasileiras: as ameaças de prisão por “apologia ao crime”, forçando a sua quase clandestinidade. Os primeiros redutores de danos foram, muitas vezes, levados à delegacia pela Polícia e precisavam andar com um *habeas corpus* preventivo para poderem realizar seu trabalho de distribuir as seringas e outros insumos aos usuários de drogas injetáveis (5).

Dependendo também da posição política e ideológica da instituição e dos profissionais envolvidos, a redução de danos ganhou aspectos diferentes. Como bem mostra Vilmar Santos e seus colegas (14), são diversas as formas de se compreender e desenvolver as ações de redução de danos no Brasil. Para alguns grupos mais conservadores, ela só deve ganhar espaço como uma estratégia de saúde em situações nas quais as outras estratégias não surtiram efeito. Estaria no lugar apenas de uma prevenção terciária, servindo para os usuários crônicos, que “insistem” em continuar usando drogas, de forma a evitar com que peguem doenças e que as transmitam para a população em geral.

A forma de compreender a redução de danos, segundo esses autores, se difere entre: 1 – a intenção de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e hepatites e outras doenças entre usuários marginalizados e excluídos; 2 – o uso da redução de dano com foco no dependente químico como forma de acesso ao tratamento, visando chegar à abstinência. Esta diferença está expressa nas próprias políticas brasileiras: na *Política sobre Drogas da Secretaria Nacional sobre Drogas* (2), a redução de danos entra como uma estratégia de prevenção para redução de doenças e problemas dos usuários de drogas, enquanto o tratamento visa à abstinência. Já a *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas* (11), da qual falaremos mais à frente, a redução de danos se mostra como diretriz fundamental de trabalho para todas as áreas: prevenção, tratamento e mesmo internações.

Na sua difícil institucionalização, as primeiras ações de redução de danos aconteciam, muitas vezes, de forma voluntária ou fora do expediente de trabalho, por “debaixo dos panos”. Estas ações nascem ligadas ao movimento e organizações não governamentais (ONGs) de aids, do

movimento de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBTT), que passam a incluir programas e estratégias de redução de danos em suas ações. Posteriormente, surgiram outras ONGs especificamente voltadas à redução de danos. Porém, todos esses grupos continuavam a ter dificuldade em legitimar o seu trabalho. Somente em 1998, no estado de São Paulo, se instituiu a primeira lei permitindo a distribuição de seringas, protegendo os redutores de sofrer sanções jurídicas.

Enquanto se lutava para legitimar a redução de danos, o fenômeno do uso de drogas foi tendo uma transformação drástica no Brasil. Em poucos anos, houve uma rápida redução no uso da cocaína injetável, que foi substituída pelo uso da cocaína fumada na forma de *crack*. Diversas são as hipóteses para esta mudança, como a má qualidade da cocaína que gerava muitos problemas vasculares e dificultava o seu uso injetável, ou o fato do grande número de usuários mortos pela aids ou contaminados pelas hepatites poder ter assustado os usuários, levando-os a buscar outras formas de uso, como a fumada, para fugir do risco de transmissão dessas doenças. O fato é que enquanto se discutia e defendia o uso de seringas descartáveis, a necessidade foi passando a ser outra.

Como o financiamento dos programas de redução de danos vinha da Coordenação Nacional de Aids, tal mudança afetou duramente os programas de redução de danos, quase todos realizados pela sociedade civil (5). Essa nova forma de uso da cocaína não implicava diretamente na transmissão do HIV, ao mesmo tempo em que não havia dados mostrando a prevalência desta infecção entre os usuários de crack e trabalhos que demonstrassem que o uso do *crack* aumentaria a vulnerabilidade ao HIV.

Por este motivo, as estratégias de aids reduziram drasticamente o financiamento público para a redução de danos, provocando fechamento dos programas e ações existentes, como que se mantiveram apenas pelo esforço voluntarista dos militantes, redutores de danos e trabalhadores da saúde. Quando recebiam algum dinheiro, era uma ajuda de custo, e na maior parte das vezes o trabalho continuou de forma voluntária.

Com isto, o desenvolvimento de tecnologias de cuidado na perspectiva da redução de danos passou por uma quebra. Com o fechamento das ONGs, tendo sobrevivido uma ou outra (como o Centro de Convivência É de Lei, Aliança Fátima Cavalcanti de Redução de Danos, a Associa-

ções de Redução de Danos em um ou outro estado das regiões Norte e Nordeste do país). Em grande parte das regiões, sobraram apenas os programas governamentais estaduais e municipais da área de aids.

Nessas instituições que tiveram sobrevida, a partir da abordagem de rua, permaneceu o uso da metodologia entre pares, em que usuários de drogas acessavam outros usuários, e de abordagem por redutores, momento em que era realizada a distribuição de material informativo e preventivo sobre doenças como as doenças sexualmente transmissíveis (DST), hepatites, tuberculose e leptospirose, disseminando formas de uso mais seguro das drogas injetáveis e difusão da importância do não compartilhamento da seringa e outros insumos. Também distribuía-se, geralmente, um *kit* composto de seringas, água destilada, lenços para higienização da pele, um garrote para achar a veia e preservativos. Além da rua, os redutores buscavam em outros espaços como praças, matagais, casas abandonadas, bares e casas de uso para ampliar a sua atuação. Já outras equipes, adotavam uma postura mais passiva, limitando-se à distribuição de insumos quando havia busca de serviços para testagem ou tratamento de HIV/aids e outros cuidados da saúde.

A área de Saúde Mental do Ministério da Saúde também foi outra área governamental que passou a lidar, cada vez mais, com os problemas decorrentes do uso de drogas. A partir da lei da reforma psiquiátrica, Lei 10.216 de 2001 (3), o governo federal começou a investir na construção da rede de atenção à saúde mental e álcool e outras drogas. Em 2002, foi lançada a Portaria/GM 336 (10) que institui os Centros de Atenção Psicossocial, o CAPS, entre eles o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Essa portaria também estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSI (infantil), de acordo com a complexidade e abrangência populacional. Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, onde preconiza a perspectiva da redução de danos como ponto de partida para todas as ações de cuidado, seja na atenção básica, nos CAPS e CAPSad, ou nos hospitais gerais.

Durante a primeira década do século XXI, temos, portanto, o desenvolvimento de novas práticas de cuidado fundamentadas na redução

de danos pela Saúde Mental. Profissionais desta área, habituados a um repertório ligado a termos como *acolhimento*, *reabilitação psicossocial* e *desinstitucionalização*, começam a se aproximar da realidade e da dinâmica dos usuários de drogas.

A forma de financiar e construir as ações da área da saúde mental diferiu muito da utilizada pelas áreas de aids. Enquanto nesta última se estruturava serviços de prevenção e assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) junto com as ações da sociedade civil (principalmente ligadas ao movimento de aids, LGBTT e de redução de danos), na saúde mental as ações visavam unicamente a estruturação de uma rede de serviços público pertencentes ao SUS. Dessa forma, o início das ações de redução de danos na saúde mental priorizava a estrutura e apenas com este foco dificultaram a inclusão e continuidade do movimento social de redução de danos e suas ações, provocando uma quebra no movimento de redução de danos, no Brasil, entre o que aconteceu nos anos 1990 e o que vem acontecendo desde meados dos 2000.

Somente no final da década, próximo a 2010, que foi criado um equipamento visando atingir a mesma população, os “consultórios de/na rua”. Apesar do uso de *crack* já estar presente no país, principalmente nas capitais, desde o início da década de 1990, até o fim dos anos 2000 tinha pouca visibilidade midiática e das políticas de saúde, assistência e áreas afins. As matérias dos grandes meios de comunicação, periodicamente, mostravam como um “absurdo”, os espaços como a “Cracolândia”, clamando por mais intervenção do poder público. Este último respondia com intervenções repressivas esporádicas.

Por volta de 2008-2009, ao final da segunda gestão presidencial de Lula, a interiorização do uso do *crack* ganhou grande espaço midiático, fazendo com que grupos mais conservadores e críticos à Reforma Psiquiátrica propagassem a ideia de que havia uma “epidemia de *crack*” que se espalha pelo país. Isso forçou que o governo federal lançasse o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento de Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas”. Esta iniciativa promovia a política pública na rua, com abordagem de equipes multiprofissionais, utilizando unidades móveis que levam cuidado clínico aos usuários em alta vulnerabilidade e busca construir acesso a tratamentos em CAPS e CAPSad, marcando a re-

tomada do trabalho em redução de danos com populações mais vulneráveis e o desenvolvimento de novas estratégias junto aos usuários de *crack*.

Em 2011, o dispositivo do consultório de rua sofreu algumas modificações, vinculando-se à Atenção Básica, e passa a ser chamado de “consultório na rua”. Esse novo momento, desvinculou a figura do redutor de danos como alguém estritamente vinculado à figura do usuário de drogas. Ao invés do trabalho entre pares, a equipe se profissionalizou, incorporando psicólogos, assistentes sociais, cientistas sociais, médicos, enfermeiros e antropólogos. A figura do redutor de danos, foi assim, substituída pela do agente redutor de danos, que se assemelha com a do agente comunitário de saúde, com perfil de nível de escolaridade de Ensino Médio, e inserido na comunidade, ou que não seja da comunidade mas consiga construir suas relações nela facilmente. A partir de um modelo básico que estrutura o serviço do consultório na rua, cada município desenvolveu sua implantação de forma diferente.

Neste novo momento, estranhamente, a distribuição de insumos passa a ser visto como algo muito polêmico. Por isso, piteiras, cachimbos, manteigas de cacau, água mineral e barrinhas de cereal, materiais vistos como essenciais e de maior utilidade para os usuários de *crack*, são incorporados apenas de forma pontual pelas equipes de consultório na rua, de acordo com o interesse e a disposição do gestor local. Muitos municípios, como o de São Paulo, buscando evitar críticas à estratégia por parte da mídia e pela população mais conservadora, até hoje não distribuem esses materiais que têm a função de facilitar a aproximação e o acesso dos usuários e a prevenção de doenças. É também dentro deste contexto de “não levantar polêmica” que as ações governamentais se restringem nos serviços de abordagem de rua e de baixa exigência que não chamem a atenção negativa da opinião pública.

Outro ponto importante em experiências internacionais é o monitoramento e o levantamento de dados sobre o funcionamento das ações. Como a redução de danos tem o pragmatismo, como principal motor para enfrentar as discussões ideológicas, no Brasil, perde sua força, uma vez que no país não temos esta cultura de coleta e análise de dados sobre o que é executado. Não se tem dados sobre o resultado de serviços públicos, como CAPS ou CAPSad, e nem de iniciativas comunitárias e religio-

sas, como as do modelo de comunidades terapêuticas. Na falta de dados, as decisões políticas de investimento dos recursos públicos passam unicamente pela disputa política e por interesses eleitorais, que invariavelmente utilizam argumentações morais e ideológicas.

A partir desta trajetória tão singular da redução de danos no país, acabamos tendo uma configuração também específica na compreensão desta forma de cuidado, que priorizou as ações focadas em pessoas em situação de vulnerabilidade, como usuários de drogas injetáveis, crack e pessoas em situação de rua. O início dos CAPSad permitiu a aproximação com usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, mas com a vida mais estável do que os em situação de rua. Com as ações focadas nestas populações, as principais tecnologias de cuidado desenvolvidas buscam melhorar o acolhimento e o acesso do usuário aos serviços de cuidado já existentes. A redução de danos ganhou prioritariamente contornos de baixa exigência, sendo vista como uma ética de relação com o usuário, disposta a compor, com a visão destes sujeitos, seus costumes e seus desejos.

Até o surgimento do Coletivo Balance, que em 2006 começou a desenvolver estratégias de redução de danos para contextos de festa eletrônica, todas as ações de redução de danos estavam focadas nestas populações em contexto de vulnerabilidade. Este coletivo foi fundado por Marcelo Andrade (1), em Salvador, organizando participantes de festas de música eletrônica que usavam drogas e estavam, de alguma forma, envolvidos com essa questão. Esta ação foi inovadora, no contexto da redução de danos, por diversos motivos: a mudança da população alvo, do contexto e das estratégias utilizadas.

As estratégias desse coletivo passavam por: informação sobre as diversas substâncias e seus usos, espaços de acolhimento e entretenimento dos participantes da festa, equipados com música e vídeos ligados à temática das drogas ou música eletrônica e bons para “viajar”; testagem das drogas para evitar o consumo de substâncias adulteradas e nocivas à saúde, performances artísticas e o trabalho conjunto com o posto de saúde de cada festa, como o realizado na “SOS *Bad Trip*”. Esta ação consiste no acompanhamento terapêutico dos usuários que apresentam efeitos negativos do uso de substâncias e que passam por situações diversas, como mal-estar, desorientação, paranoia, quadros de violência com outros par-

ticipantes da festa, catatonias, ou delírios - quadros que, em sua maioria, são revertidos durante os acompanhamentos feitos pela equipe, enquanto que outros recebem medicação para sedação, ou são encaminhados para atendimento psiquiátrico (1).

Outra estratégia incorporada pelo Balance, em sua parceria com o Centro de Convivência É de Lei, que resultou no surgimento do Coletivo ResPire em 2010, foi o “Kit Sniff”, desenvolvido em 2004 e testado pelos usuários de cocaína em 2005. Este *kit* é voltado para o uso de cocaína inalada, tentando tornar este hábito mais higiênico e menos exposto à transmissão de doenças, como as hepatites virais.

Influenciado pelo trabalho do Balance, coletivos de usuários e profissionais nos mesmo moldes foram criados em outros estados, como o Balanceará, do Ceará, e o Coletivo Lotus, do Rio Grande do Sul. O que todas estas ações têm em comum? Elas buscam atingir pessoas que não eram alvo de estratégias de redução de danos nas ações focadas na prevenção à aids e na saúde mental e que, muitas vezes, não se viam como vulneráveis e como pessoas que precisariam se prevenir.

Se, por um lado, a redução de danos no país perdeu sua potência de efetividade e pragmatismo, ficando mais restrita às estratégias de acesso e aos serviços de baixa exigência, por outro lado, essas iniciativas provocam a saída da redução de danos do enquadre tradicional sanitário e do foco na prevenção de doenças, rumo a um olhar mais amplo do sujeito e considerando o seu entorno, o “social”. Mesmo sem novas leis e políticas públicas, sem o mapeamento das demandas e necessidades dos territórios, ou do desenvolvimento de programas mais amplos de redução de danos, o interesse dos profissionais garantiu a aproximação desta perspectiva às questões associadas aos *direitos humanos* em que a estruturação da rede de suporte social aos usuários de drogas passa a ser foco de parte das intervenções.

O Centro de Convivência É de Lei, por exemplo, em 2010 vira Ponto de Cultura (política pública de democratização de acesso à cultura). Também neste local, a partir de 2013, passam a ser desenvolvidas ações focadas no acesso aos direitos humanos de sua população frequentadora, constituída principalmente por pessoas em situação de rua. Ao mesmo tempo, de 2012 a 2015, no Fórum Estadual de Redução de Danos de São Paulo, passaram a surgir diversos relatos de experiências de redução de

danos em práticas ligadas ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em serviços como a abordagem de rua, abrigos para crianças e adolescentes, Centros de População de Rua e nos Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (7).

Pensar no lugar da Assistência Social no cuidado do usuário de drogas em direção à autonomia leva às equipes a pensar nas tensões entre assistência e assistencialismo, na articulação e no fortalecimento da rede informal do usuário e da rede de serviços, mas, também, a desenvolver ações com foco mais coletivo e comunitário, como oficinas em praças, usos de recursos da cultura popular e de diversos meios audiovisuais. Ainda se faz necessário algum estudo que possa compilar essas inúmeras práticas desenvolvidas no país na perspectiva da redução de danos, porque seu desenvolvimento vem acontecendo a partir do interesse e da atitude de cada profissional e sem políticas públicas que as incentivem ou promovam.

Outros exemplos recentes de tentativas de inovação de ações, porém com uma perspectiva governamental, foram os programas “Atitude”, em Recife, e o “De Braços Abertos”, na cidade de São Paulo. Iniciado em 2011, o “Programa Atitude” foi adotado também em outros municípios de Pernambuco, como Jaboatão dos Guararapes, Floresta e Caruaru, realizando atividades de prevenção e atendimento a usuários de *crack*, álcool e outras drogas, além de seus familiares. Além da abordagem de rua, esse programa dispôs de espaço para acolhimento e apoio aos usuários de drogas, com leitos transitório, *aluguel social*, e espaço de acolhimento intensivo onde eram oferecidas oficinas diárias. Já o programa “De Braços Abertos”, da Prefeitura de São Paulo, iniciou suas atividades no segundo semestre de 2013 e, em 2014, passou a ofertar *hotel social* e trabalho flexível de varrição para os usuários de *crack* da região da Cracolândia. Estes dois programas inovaram ao adotar estratégias que buscam lidar com o contexto social do usuário, melhorando sua qualidade de vida, ao garantir-lhes um espaço físico de privacidade, mesmo que temporário, e uma atividade que facilite sua inserção social no mundo do trabalho, protegido de viver grandes fracassos.

Por outro lado, com o eixo Autoridade do “Programa De Braços Abertos”, integrada ao programa federal “Crack, É Possível Vencer”, a Prefeitura de São Paulo desenvolveu novas estratégias também de uso das

forças de segurança para a gestão da população em situação de rua e do uso público de drogas. Nesta parte do programa, a Guarda Civil Metropolitana de São Paulo, em parceria com a Polícia Militar estadual, vem controlando a massa de usuários de drogas da região da Cracolândia com equipamentos de videomonitoramento e maior efetivo policial. Situações como essa aproximam a redução de danos daqui com discussões europeias que veem as intervenções em redução de danos como as salas de uso e a distribuição de metadona, por exemplo, pelo viés do conceito foucaultiano de *governamentalidade*, ou seja, na perspectiva de gestão das populações indesejadas (13).

Considerações finais

Apesar das condições adversas que a redução de danos sempre enfrentaram no país, temos tido um desenvolvimento de estratégias nesta perspectiva. A redução de danos, no Brasil, ganhou contornos limitados às populações mais vulneráveis em serviços de baixa exigência e de abordagem de rua.

A partir da perspectiva da redução de danos, enquanto ética de relação no cuidado com o outro, temos visto a capilarização deste modelo nas práticas e nos discursos de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema único de Assistência Social (SUAS). Enquanto os profissionais dialogam com o usuário na construção das estratégias de cuidado,, na ponta dos serviços, seria essencial que os dados sobre a realidade dos usuários, suas questões, demandas e necessidades chegassem até o nível de elaboração das políticas e dos dispositivos de cuidado. Somente assim, será possível dar uma resposta à altura da complexidade das situações que enfrentamos.

Referências

ANDRADE, M. M. “Balas”, “doces” e “outras guloseimas”; Coletivo Balance de redução de danos; substâncias psicoativas: uso, cultura e redução de danos na cena *psytrance* soteropolitana e conexões na-

cionais. (Doutorado) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Política nacional sobre drogas**: Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005.

BRASIL. **Lei nº 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>.

4. CREU ROJA A CATALUNYA. **Atención sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas**. Barcelona: El Ciervo, 2007.
5. DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!**. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.
6. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Pesquisa de opinião pública sobre uso de drogas lícitas e ilícitas no Brasil: proximidades e opiniões**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/drogas-quantiquali-fpa-mar14-site.pptx_.pdf>.
7. GODOY, A.; GOMES, B.; SANTANNA, M. et al. (Org.) **Fórum estadual de redução de danos: construção, diálogo e intervenção política**. 1 ed. São Paulo: Córrego, 2014. 114p.
8. MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
9. MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.1, p.7-10, 2004.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria/GM nº 336/02. – estabelece as modalidades de CAPS – I, II e III**. Brasília: Ministério da Saúde, 19 de fevereiro 2002.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>.

12. STIMSON, G.; METREBIAN, N. **Prescribing heroin: what's the evidence?**. New York: York Publishing Services, 2003.
13. SZOTT, K. **Governing through health: The biomedical and public health management of drug using bodies**. Dissertação (Tese de Doutorado) - Escola Maxwell de Cidadania e Assuntos Públicos da Universidade de Syracuse. Nova Iorque, 2015. Disponível em: <surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1240&context=etd>.
14. SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.995-1015, 2010.



Drogas e Tratamento: panorama crítico

Diva Reale
Fabio Carezzato

Resumo

Abordamos o tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, buscando evidenciar criticamente sua polarização ideológica. A perspectiva da redução de danos permeada pela psicanálise fundamenta nossa leitura. Discutimos as práticas terapêuticas, examinando sua evolução esboçando um panorama atual da saúde mental frente as drogas.

Introdução

Nem todas as pessoas que fazem uso de drogas necessitam de tratamento. Os profissionais de saúde mental com formação específica sabem disso; assim como os usuários recreativos e eventuais também. Posto isto, pretendemos discutir neste capítulo as práticas terapêuticas que se destinam a tratar os usuários de drogas que desenvolveram problemas que justificam tratamento.

Apresentaremos criticamente alguns dispositivos de Saúde Coletiva, Psiquiatria e *Psicanálise Contemporânea*, oferecendo um apanhado de contribuições que contemplam diferentes modelos de atenção. Neste texto a contribuição da Psicanálise estará presente como uma referência para examinar os dispositivos reunidos numa clínica menos referendada no “ouro puro” da Psicanálise clássica e mais com uma Psicanálise contemporânea, que se oferece para compor esta clínica ‘liga de titânio’.

O recurso da interdisciplinaridade, na adoção de múltiplos recursos, se faz necessário, sobretudo no tratamento dos casos de maior gravidade. A proposta desta clínica, onde a Psicanálise é um dos componentes da ‘liga’ se faz respeitando a dimensão da subjetividade, levando em conta as manifestações do inconsciente, entre desejo e necessidade e intermediando a relação terapêutica bi-pessoal em vários enquadres e contextos (8, 28, 53). Pautada nesta relação, são adaptadas intervenções com vistas à preservação da autonomia momento a momento do tratamento, privilegiando a escolha do máximo protagonismo possível do paciente em todas as suas etapas ou fases, incluindo o direito à escolha do não-tratamento.

A prática psicoterápica que adota a Psicanálise como referência presuppõe que a qualidade do que se faz passa pela formação do profissional tendo seguido a mais rigorosa análise pessoal possível. Não há como conduzir análise do outro honestamente, sem uma análise própria apurada.

Na base do pensamento e práticas desenvolvidas nos primeiros e consagrados Centros Regionais de Referência voltados para o tratamento de dependentes de álcool e drogas enxergamos presente, ainda hoje, a força do pensamento de Claude Olivenstein (43). Este psiquiatra francês, criador do *modelo de cura francês*, nos anos 1970, formou muitos dos

primeiros especialistas brasileiros, pioneiros na construção nacional de uma clínica que inclui a abordagem psicanalítica/psicodinâmica do abuso/dependência de drogas (15). Seu compromisso engajado na luta pela melhoria nas condições de atenção à saúde e preservação dos direitos humanos dos usuários de drogas, coloca-o sensível às questões que viariam a ser trazidas pelos movimentos de organizações de pessoas na luta contra a aids

A partir do final dos anos 1980 com a emergência da aids, foi preciso enveredar por novas searas para pensar práticas que ampliassem o acesso aos serviços e diversificassem as respostas às novas e mais complexas necessidades de saúde dos usuários de drogas em seus distintos contextos e vulnerabilidades. Em São Paulo foi necessário reunir esforços junto a colegas da aids (infectologistas, epidemiologistas), buscando a experiência de trabalho de campo de antropólogos (18), para criação de novas metodologias-tecnologias para responder a estas necessidades emergentes (12, 30). Os trabalhos igualmente pioneiros em Santos de Fábio Mesquita (36), e de Salvador, de Tarcisio Andrade (5, 6), dedicaram-se especificamente a aprimorar formas de trabalhar com os usuários de drogas injetáveis, cujas formas de uso da droga constituíam uma das práticas de maior risco de contaminação pelo HIV/aids.

Estas respostas locais configuraram a emergência, no Brasil, de práticas que refletiam nossa adesão a uma verdadeira revolução conceitual que veio a se consolidar na perspectiva de *redução de danos* (25, 36, 45).

Feitas estas considerações iniciais, esperamos ser capazes de manter o espírito próprio da *perspectiva da Complexidade* no exame das principais práticas terapêuticas, oferecendo um panorama dos tratamentos oferecidos ao abuso e dependência de álcool e drogas.

1º Passo: detecção precoce e boa prática no ato de diagnosticar

Em contextos hospitalares, ambulatoriais ou de Atenção Básica observamos que os profissionais têm dificuldade em questionar e investigar de forma rotineira e sistemática o uso de álcool ou outras drogas, prova-

velmente devido ao grande estigma relacionado a essas substâncias. (7, 14). Os estereótipos do “bêbado escrachado” ou do “craqueiro de rua” inibem a iniciativa dos profissionais de saúde de investigar o simples uso em pacientes que fogem destas imagens clichês e se apresentam como pessoas comuns. A detecção precoce é desejável pois quanto antes for iniciado o tratamento de um quadro clínico já instalado, aumentam as chances de prevenir as complicações mais comuns encontradas nos casos que evoluíram sem tratamento por períodos maiores de tempo.

O questionário *CAGE* é uma ferramenta de uso simples e rápido para detecção precoce de aspectos sugestivos de problemas associados ao consumo de álcool. Deve ser usado em pacientes de serviços de saúde em geral que responderam positivamente à pergunta sobre o uso de álcool. Ele consiste em explorar os seguintes quatro aspectos do uso:

- 1 - *Cut*: se alguma vez a pessoa tentou parar o hábito de usar substância e não conseguiu;
- 2 - *Annoyed*: se as pessoas o aborrecem quando criticam seu modo de usar drogas;
- 3 - *Guilty*: se a pessoa se sente culpada pelo uso ou por ações quando intoxicado;
- 4 - *Eye Opener*: se a pessoa faz consumo da droga logo ao acordar ou se a primeira dose é a mais prazerosa, o que indica que o período de sono já é suficiente para causar sintomas relacionados à abstinência.

Se o indivíduo responder positivamente a dois destes critérios, é provável que tenha um problema relacionado a substâncias psicoativa.

O passo seguinte inclui fazer o diagnóstico, avaliando a gravidade deste uso, para decidir qual será o nível de complexidade de cuidado que deverá ser oferecido. Isso pode ser realizado por questionários como o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* e o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*.

Em termos de conteúdo, esta avaliação visa investigar os prejuízos funcionais, relacionais e orgânicos que o consumo de drogas traz para o sujeito. Este levantamento, feito através de anamneses específicas além de permitir o diagnóstico, deve ser conduzido nas entrevistas preliminares tendo em vista a mobilização e sensibilização do paciente para o re-

conhecimento da natureza e magnitude do problema a ser enfrentado no tratamento.

Nas últimas décadas, foi consolidado na Psiquiatria o uso de manuais diagnósticos como o último *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-V) (3). Nesta versão, a separação entre abuso e dependência é substituída pela adoção de uma gradação de critérios preenchidos, caracterizando o transtorno de uso de substância leve de 2 a 3; moderado, de 4 a 5; e grave, > 6, sendo necessários ao menos dois critérios para caracterizá-lo.

**Critérios Diagnósticos para Transtornos Mentais Relacionados ao
Uso de Substância [DSM-V]**

1. Uso recorrente, em situações em que o mesmo representa perigo físico
2. Consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos
3. Uso recorrente que resulta em negligência no trabalho, na escola ou em casa
4. Tolerância
5. Fissura (*craving*)
6. Síndrome de abstinência
7. Desejo e/ou tentativas mal sucedidas de controle do uso
8. Consumo em maior quantidade ou tempo que o pretendido
9. Atividades sociais, ocupacionais e recreativas abandonadas/reduzidas para uso
10. Gasto excessivo de tempo para obtenção, uso ou na recuperação dos efeitos
11. Continuação do uso apesar de consciência da exacerbação de problemas físicos causados por ela

2º passo: uma clínica referenciada no “tripé olievensteiniano”

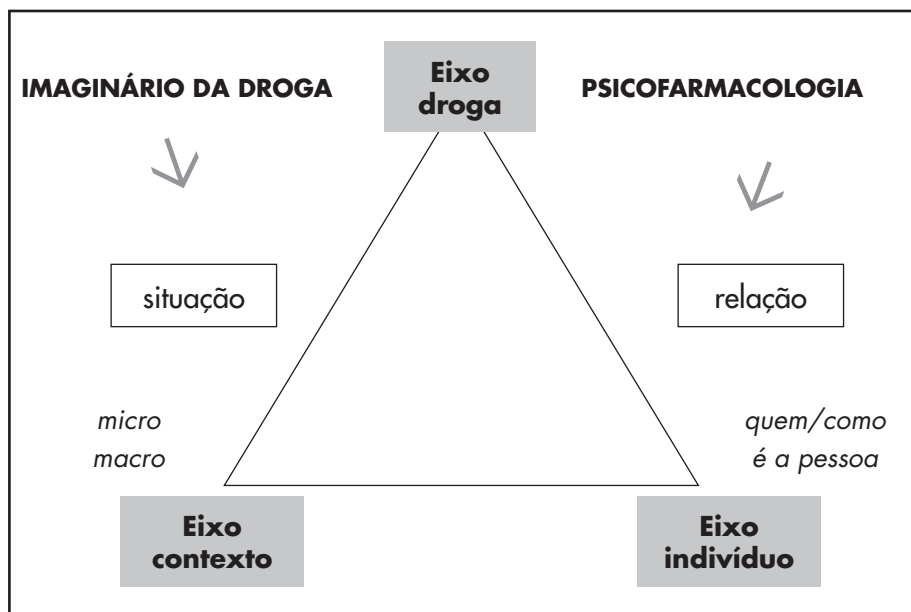
Para pensar a clínica do toxicômano é preciso levar em conta a pessoa do usuário, a relação deste com a droga e o contexto ou a situação na qual o uso se dá (ver Figura 1).

Para o *eixo individuo*, preferimos pensar em termos de quem e como é essa pessoa, na sua historicidade subjetiva e sua inserção no mundo. Uma determinada forma de aproximação, desenvolvida pela psicanálise/psico-

dinâmica, entre o psiquiatra/psicoterapeuta e o candidato à paciente, se faz necessária ao recebê-lo em uma situação de consulta clínica.

Em seguida devemos identificar qual ou quais as drogas, *eixo droga*, são usadas, qualificando e quantificando o tipo de relação com as várias substâncias e caracterizando os tipos de usos. Há uma droga de eleição? Se há, fica caracterizado algum transtorno de uso de substância condizente com a ideia de abuso ou dependência para as drogas usadas?

Além disso, devemos procurar obter informações sobre o *eixo contexto*, identificando as práticas adotadas na *cena de uso*. Assim, estaremos mais bem preparados para desenhar, com o candidato a paciente, as estratégias de enfrentamento do uso-problema.



Fonte: Reale, D. Tripé adaptado do modelo Olievensteiniano de compreensão da toxicomania

Outra função das entrevistas preliminares é desfazer a medicalização do problema, quando simples usuários recreativos de droga ilícita são encaminhados para tratamento por reações extremadas de familiares amedrontados. Respostas desbalanceadas são efeitos comuns em pesso-

as expostas à mentalidade proibicionista e alarmista que demoniza toda e qualquer droga ilícita, patologizando, *a priori*, todo e qualquer uso, mesmo aqueles que não se configuram como condição a ser tratada.

Relembrar o contexto na sua dimensão do macrossocial (momento sociocultural, marco legal vigente, economia da droga, política adotada, etc) contribui para reconhecer a importância do imaginário coletivo na modulação da experiência do sujeito com a droga. Neste, exercem influência predominante o imaginário dominante proibicionista, mas também aqueles minoritários, circunscritos as várias subculturas das drogas, como a subcultura canábica, a subcultura das *club drugs*, a subcultura da ayahuasca, dentre outras. Fazer parte de alguma destas subculturas, pertencer a um grupo, minimiza parte do efeito de exclusão que acompanha o estigma de ser drogado (23).

Quando for possível dispor de informações sobre a *cena do uso* – objeto de inúmeros estudos etnográficos (39, 52) –, tem-se mais elementos para construir, junto com o paciente, as estratégias concretas de enfrentamento para atingir as metas negociadas, visando readquirir o controle do uso da substância.

Olivenstein preconizava que 3 princípios deveriam nortear o estabelecimento de uma política de drogas em sua vertente de saúde/tratamento (43): 1 – que o tratamento se estabeleça a partir do gesto voluntário do paciente em buscar ajuda; 2 – que, correlatamente, não se estabeleça tratamento compulsório; 3 – que seja assegurado tratamento **gratuito**, respeitando o direito ao **anonimato** daquele que busca ajuda. A mensagem do anonimato, instituído pioneiramente nos anos 1970, indicava que o *staff* do Hospital Marmotan tinha a sensibilidade aos problemas associados ao estigma e criminalidade e tomou a decisão de deixar de fora o caráter criminal de práticas associadas ao uso das drogas.

- Voluntariedade

Não há qualquer dúvida quanto ao caráter voluntário dos usos classificados como *uso ocasional*, *uso recreativo*, ou mesmo *uso controlado* (56). Estes usos configuram formas opcionais de prazer que não deverão ser objeto de tratamento em si.

Mesmo as práticas relacionadas aos usos que preenchem critérios para transtorno de uso de substância (antigos diagnósticos de abuso e dependência) incluem em alguma medida um ato voluntário na busca, obtenção de recursos e uso da droga. Em que pese uma extensa discussão conceitual sobre as formas de tipificar as várias relações entre o sujeito e a droga, uma dimensão voluntária que acompanha todos os usos precisa ser considerada.

Para tomar um paciente em tratamento algumas condições deverão ser respeitadas:

- Quem busca o tratamento?

a) quando o paciente (ou familiar) busca o tratamento

A primeira situação é quando paciente ou familiar busca o profissional de saúde. O tratamento será legitimamente indicado em resposta à queixa do paciente, distinguida daquela de seu familiar. Esta queixa do paciente deve ser trabalhada até que se evidencie algo vindo do paciente como sendo uma “demanda pessoal” de algum aspecto psíquico que relacionado com a droga é reconhecido por ele como de necessidade a ser tratada. Sem que surja do e no paciente esta demanda não há como estabelecer uma relação terapêutica dentro da perspectiva que estamos adotando. É neste sentido que a dimensão voluntária deve ser tomada.

Internação: indicação e senso comum

É na perspectiva de Direitos Humanos que encontramos a problematização mais aguda e incisiva para a questão da internação involuntária, denunciando o caráter abusivo da internação compulsória.

Uma prática clínica rigorosa reconhece a falta de sentido na internação à revelia do paciente como forma de tratar a dependência. A literatura científica embasada em estudos clínicos com metodologias epidemiológicas rigorosas de avaliação de resultados mostra como as inúmeras modalidades terapêuticas não incluem nem internação involuntária e muito menos compulsória, como forma sistemática de tratamento. Esta-

mos falando até o momento da relação de abuso/dependência que adultos estabelecem com as drogas (substâncias psicoativas).

Outras dimensões são agregadas, imprimindo configuração ainda mais complexa no tratamento, quando se fala de crianças/adolescentes em situação de rua e uso de drogas. Questões de como os tratamentos preconizados devem estar limitados pela garantia de seus direitos e ser problematizadas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que doutrina a proteção desses sujeitos (11). Sem entrar na discussão sobre o uso das drogas em si que foge do escopo deste capítulo que aborda apenas tratamentos para o abuso e dependência de álcool e drogas sabe-se que a própria caracterização do diagnóstico feita em adultos, perde força quando é simplesmente replicada em crianças e adolescentes, sem levar em conta a singularidade da infância e da adolescência no uso de drogas (49).

Para a questão da internação vale a máxima olievensteiniana: “não há urgência no tratamento da dependência” (43). O que configura uma necessidade de internação psiquiátrica (ou por outros problemas de saúde) são as complicações do uso, ou sintomas ligados à comorbidade. A relação de “dependência propriamente dita, nunca se trata com internação” prioritariamente, nem voluntária, nem involuntária, mas nunca compulsória.

Um certo tipo de relação (abusivo/dependente) só é modificada com um tratamento que busque fortalecer o sujeito na capacidade de sustentar sua própria escolha (de não uso/abstinência ou de uso eventual/controlado) no contexto de sua vida cotidiana. Abster-se em ambiente protegido, que assegura afastamento externo da droga não traz o fortalecimento correspondente ao que se obtém quando as mudanças ocorrem pela mudança do estilo de vida aditivo (33).

b) quando o usuários de drogas é abordado em seu meio

Quando invertemos a ordem dos fatores, com o agente de saúde (reduzidor de danos, educador social, orientador social, etc) abordando o usuário de drogas em situação de alta vulnerabilidade/situação de rua, isso caracteriza a *busca ativa*, própria do marco da redução de danos. Nesta prática, outro tipo de cuidado está sendo provido, distintamente

do tratamento propriamente dito, o que não significa que estas abordagens não trazem preciosas informações que enriquecem nossa capacidade de estabelecer um melhor ajuste empático com nossos pacientes, por proporcionar uma maior familiaridade com o mundo dos usuários e das drogas, ao mesmo tempo em que promoveram benefícios à saúde de usuários não dispostos a se submeterem a um tratamento, mas que aceitam adotar algumas práticas circunscritas e mais seguras que reduzem potenciais danos maiores associados ao uso¹.

3º Passo: abstinência X uso controlado

Os objetivos do tratamento têm na *abstinência* um valioso divisor de águas entre os campos terapêuticos que se organizam distintamente. Os profissionais que afirmam, *à priori*, que para obter sucesso na cura do abuso/dependência da droga de eleição é “*imperativo que o paciente atinja e mantenha indefinidamente a abstinência de todas as substâncias psicoativas*”, estará informando qual seu modelo principal (ou exclusivo) no entendimento da dependência das drogas: o modelo que enfatiza a ação psicofarmacológica no circuito cerebral da recompensa (1). Esse é um entendimento que reduz a complexidade de fatores que subjazem ao problema clínico do abuso/dependência a sua dimensão neurobiológica

Outro grupo de profissionais, embora leve em conta a ação e interação psicofarmacológica, prioriza a integração da experiência subjetiva, levando em conta as características psíquicas que dão sentidos singulares à história que culminou com o estabelecimento desta relação pessoal de abuso ou dependência com a droga de eleição; além disso, explora as singularidades de relação e sentidos com cada uma das drogas usadas, investigando como seus usos são articulados entre si. Para este segundo grupo, além da consciência e volição que precisam se tornar aliados na coconstrução do projeto terapêutico singular, serão levados em conta a dimensão do inconsciente agregando especificidades psíquicas únicas articuladas na *montagem toxicomânica* singular a cada um.

1 Sobre abordagem de rua ver capítulo 12 – *Pequena trajetória das práticas de redução de danos e suas possibilidades no Brasil*, de Bruno Ramos Gomes.

Nesse sentido, a meta da abstinência é relativizada levando em conta o desejo e a motivação do paciente. Por isso, priorizar o envolvimento do paciente na coconstrução do seu projeto terapêutico implica aceitar ajustar as metas terapêuticas considerando aquilo que o paciente suporta bancar. Também a ideia processual, um passo de cada vez, ajuda a parcializar metas de curto médio e longo prazo sem onerá-lo com metas idealizadas, excessivamente distantes daquilo que é concebível e aceitável para ele a cada momento.

Em linhas gerais, nos casos de maior gravidade, a abstinência muitas vezes será uma meta de médio e longo prazo para a droga de eleição; para as demais, a necessidade ou não de abstinência deverá levar em conta a interação de cada uma com a droga de eleição. Em um primeiro momento, como algumas drogas têm um efeito de substituição relativa, seu uso poderá ser benéfico e tornar mais fácil a abstinência; porém, há casos em que essas drogas podem efeito contrário e estimular e desencadear a fissura pela droga de eleição, havendo recomendação de restrição de seu uso.

A discussão sobre a necessidade ou não da abstinência, explicitando as razões para isso e a forma como pode ser feita, acaba por ser um forte componente da construção da aliança terapêutica. Muitos pacientes informam ter adiado a busca do tratamento, temerosos de que a abstinência total seria exigência inegociável para iniciá-lo.

- Metas e objetivos do tratamento

A explicitação dos objetivos do tratamento na construção do projeto terapêutico feito junto ao paciente, se reitera, é fundamental para favorecer a aliança terapêutica, enfatizando a tomada de consciência sobre sua forma de se relacionar com as drogas.

Numa proposta, adaptada da *prevenção de recaída*, as metas estabelecidas para o uso da(s) substância(s) são coconstruídas, explicitadas e devem ser reavaliadas de tempos em tempos e precisam ser consistentes com os achados clínicos singulares de cada paciente. Elas também representam uma aposta em que o paciente será capaz de mobilizar seu desejo e disporá de recursos para alcançar a meta combinada, por isso, devem

ser modestas (pouco ambiciosas) e desenhadas para facilitar a experiência de potência daquele que vai adotar medidas para atingi-la. A avaliação de como o paciente evoluiu ao longo de certo tempo, se foi capaz de realizar esforços para respeitar ou não as metas combinadas, norteará os ajustes a serem feitos nessas mesmas metas.

Já os objetivos do tratamento envolvendo problemas psíquicos subjacentes são explicitados para o paciente (e ou familiar, quando for necessário), no momento do contrato e estabelecimento do início do tratamento propriamente dito. Esta explicitação pode envolver a apresentação de diagnósticos, quando houver, de comorbidades evidentes e o esclarecimento sobre como tais condições serão abordadas.

4º Passo: comorbidade e farmacoterapia

Uma das tarefas das entrevistas preliminares é avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas. Estabelecer este segundo diagnóstico é de extrema importância visto que é frequente tanto o uso de substâncias desencadear outro quadro psiquiátrico, quanto vice-versa. Também sabemos que os quadros de dependência com as piores evoluções clínicas ocorrem, muitas vezes, em casos onde existem comorbidades não diagnosticadas e que, portanto, não receberam o tratamento merecido.

Sabemos pelos estudos epidemiológicos que as comorbidades mais comuns com uso de substâncias lícitas ou ilícitas são: transtorno afetivo bipolar, depressão maior e transtornos ansiosos (31). Muitas vezes, a droga é usada como automedicação: a *cannabis* para ansiedade, o álcool para depressão ou a cocaína para déficit de atenção, são exemplos clássicos. Outras hipóteses são que o uso de substâncias leve a comorbidades, seja por seu efeito químico, seja pelo contexto social relacionado ao uso, ou que fatores ambientais desencadeiem ambos os processos (9, 35). Há também casos onde ocorrem sintomas psicóticos com o uso de substâncias psicoativas: a *cannabis*, por exemplo, pode antecipar o início de um quadro esquizofrênico, e diversas drogas podem levar à paranoia e a alucinações transitórias.

O tratamento destas comorbidades é essencial para o sucesso das intervenções que são voltadas fundamentalmente para o tratamento da dependência à droga. Para cada um destes diagnósticos, tratamentos específicos são recomendados, incluindo farmacoterapia em associação com distintas modalidades psicoterápicas.

Além dos tratamentos psicofarmacológicos específicos para o diagnóstico que configura a comorbidade, existem alguns esquemas terapêuticos que podem, em alguns casos, ser usados para o tratamento da dependência propriamente dita. É o caso de uso de psicofármacos que visam controlar sintomas de fissura e abstinência, além de diminuir impulsividade e auxiliar o paciente a evitar o uso de drogas. Para esta finalidade são utilizadas principalmente medicações antidepressivas, estabilizadoras do humor e antipsicóticos atípicos. Existem algumas poucas medicações com alguma evidência de ação específica: naltrexone, que diminui o desejo pelo álcool; dissulfiram, que atua como estímulo aversivo ao uso do etanol; metadona, que substitui opióides como heroína e tem uso equivalente aos medicamentos de reposição de nicotina para fumantes.

- Extensões do tratamento: auto-ajuda outra forma de cuidar

A autoajuda é uma forma comum de busca por tratamento, visto que tanto em sua modalidade individual (online, mensagens de texto), como em grupos de alcoólicos anônimos (AA) e narcóticos anônimos (NA), preserva o anonimato da pessoa que faz uso problemático de substâncias. Os grupos de autoajuda baseados nos 12 passos têm lugar histórico no tratamento da dependência química, com espectro amplo de estratégias comportamentais para evitar recaídas e inserção numa rede de usuários que se dão suporte durante situações de risco, com bons resultados para uma parte da população de usuários problemáticos (26).

Também sob direção de não profissionais de Saúde Mental estão as comunidades terapêuticas, grande parte delas de cunho religioso, que propõe internações de longa permanência e laborterapia, como meios de afastar o usuário das drogas.

Clinicamente sabemos que as internações longas não são desejáveis nem necessárias e, também que sua eficácia é questionável. Ao invés

de favorecerem a autonomia, muitas vezes acabam por manter o dependente ligado à instituição permanentemente, através da conversão religiosa ou como participantes do próprio sistema de cuidado.

- Motivação, cognição e comportamento: prevenção de recaída

Atualmente, há um movimento de convergência nas abordagens terapêuticas classicamente divergentes – terapia cognitivo comportamental (TCC) e psicodinâmica – visando legitimar a pessoa que procura ajuda. As últimas ondas das terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais vêm demonstrando maior cuidado na forma de receber o paciente, o que é sempre objeto de grande atenção nas abordagens psicanalíticas ou psicodinâmicas, desde Freud, para quem o principal objetivo da primeira entrevista seria favorecer a formação da aliança terapêutica com o paciente. Os métodos Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), são um exemplo.

A entrevista motivacional, definida como uma abordagem direcionada, centrada no cliente para estimular mudança de comportamento que ajuda os pacientes a explorar e resolver suas ambivalências (46), tem ganhado espaço nos centros de atendimento, uma vez que objetiva o aumento das motivações intrínsecas do paciente. Essas motivações são a base para que a mudança seja um “movimento natural” da própria pessoa e não algo imposto externamente, o que apresenta uma eficácia significativamente maior que as demais formas de inserção ao cuidado (47).

Dentro do mesmo campo cognitivo-comportamental, foi desenvolvida a técnica de *prevenção de recaída* (34). Nesta, é dada ênfase ao usuário que se torna protagonista do enfrentamento de sua própria recaída. Com ela, um mapeamento de vivências internas e externas em torno do uso das drogas permite que sejam criadas estratégias individuais para manejar as situações de risco para recaída.

Nos últimos anos foi posta em evidência a prática do *Mindfulness*, em que técnicas de meditação budista foram adaptadas como ferramenta para controlar tais situações, com estudos apontando resultados promissores (54).

- E o tratamento para casos de alta/altíssima vulnerabilidade?

Nas situações que se caracterizam por alta ou altíssima vulnerabilidade, como desemprego, ausência de moradia, relações familiares rompidas ou desgastadas e que apontam para a caracterização de uma condição socioeconômica de grande privação, a resposta clínica precisará ser modulada por outras intervenções que busquem acudir todas essas situações. A associação estadunidense, *Pathway to Housing*, desenvolveu um programa voltado para esta população em situação de rua, chamado *Housing First*, no qual um dos principais objetivos é conseguir alojamento imediato para pessoas com esta demanda. A novidade que trazem é não vincular o alojamento à obrigatoriedade de tratamento ou abstinência, modelo que apresentou melhores resultados no sentido de manter o usuário fora das ruas (51) e foi tomado por base para a criação de outros programas, como o “De Braços Abertos”, da Prefeitura Municipal de São Paulo (2).

A demonização da droga (55) tem o efeito de minimizar a importância das condições prévias ao uso dependente, que envolvem contexto e problemas de exclusão social, implicados na geração de sofrimento psíquico (48), que são muitas vezes anteriores ao diagnóstico da dependência. A droga vira a “vilã”, ocultando a maneira pela qual outros aspectos impactam fortemente as expectativas de vida da pessoa interferindo em sua capacidade de modular ou controlar os usos. Não é preciso procurar motivo para relacionar o maior sucesso atingido pelo programa *Housing First*, que foi o primeiro a assegurar moradia sem introduzir a variável de confusão que seria o controle ou a suspensão do uso da droga como condição para ter acesso à mesma. Cabe lembrar, que moradia em nosso país é direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 (10).

Este aspecto ideológico da demonização da droga ao lado do estatuto de ilegalidade interfere e perturba a produção de conhecimento, desconsiderando variáveis de contexto essenciais a sua utilização.

- Imaginário, estatuto legal e produção de conhecimento

Zinberg (56), psiquiatra e pesquisador de Harvard dos anos 1970-80, dedicou-se por aproximadamente uma década ao estudo de outras

formas de uso de drogas, como o uso controlado. Acreditamos que, por razões ideológicas, os achados de suas pesquisas não desencadearam outros estudos que pudessem corroborar, refutar ou modificar as conclusões obtidas, deixando este autor “falando sozinho”, e com pouca credibilidade no campo médico-científico. Tal isolamento reflete como o conhecimento científico pode ser atrasado em décadas quando uma mentalidade cerceadora (proibicionista, de *guerra às drogas*) censura determinados temas. Zinberg menciona a grande dificuldade que teve em obter financiamento das agências fomentadoras de pesquisa para seus estudos sobre o uso controlado, diante alegações de que tais estudos “não eram de interesse”. Este isolamento, bem como, a impossibilidade de reproduzir ou conduzir novas pesquisas, principalmente prospectivas de longa duração, não permite averiguar o quanto este tipo de consumo pode ser considerado estável ou transitório na direção de progredir ou não para o abuso ou dependência dessas substâncias.

Outro exemplo, do final da década de 1970, é o caso do casal de pesquisadores norte-americanos Sobell e colegas (48), que precisaram migrar para o Canadá para poder continuar seus estudos na área de drogas, devido à campanha difamatória de que foram vítimas. O “crime” cometido, que desencadeou o movimento de invalidação de sua pesquisa, foi terem publicado um estudo (49) sobre um tratamento para dependentes de álcool, em que mencionavam a re aquisição da capacidade de *beber socialmente*, (ou seja, de forma controlada) por uma pequena parcela de pacientes seguidos por três anos (33, 44). O caso do casal Sobell ilustra como a mentalidade de *guerra às drogas*, conforma posturas de “caça às bruxas”, também entre membros que integram a comunidade científica.

Redução de Danos: e a voz do usuário diz o quê?

Está no extremo oposto a experiência da Holanda. Neste país, conhecido pela sua política tolerante em relação aos usuários de drogas, os processos que buscam assegurar a qualidade de cuidados contam com a presença da voz desses sujeitos organizados, desde 1980, na 1ª Liga de drogados, os *junkiboden* de Roterdã. As organizações de usuários de

drogas e ex-usuários de drogas cumprem um papel importante na apropriação por parte desta população do conhecimento científico de forma crítica, transformando-o em práticas de cuidado ou pressão para que as autoridades sanitárias tomem medidas favoráveis à saúde dos usuários. Um exemplo, são as reivindicações pioneiras para prevenir a transmissão do vírus da hepatite, feitas ainda na década de 1970 pelos *junkieboden*, e, mais recentemente, a demanda por salas de uso seguro, encampadas pela *San Francisco Drug Users' Union* (Associação de Usuários de Drogas de São Francisco).

A voz dos usuários organizados em paralelo e articulados com serviços de saúde e prevenção fazem parte estrategicamente de uma política de redução de danos associados ao uso de drogas. É o caso da Holanda pioneira, seguida por países como a Suíça, Austrália e Canadá ainda na década de 1990 e início dos anos 2000 (39).

Para a ampliação de nosso conhecimento sobre outras modalidades de uso, que não aqueles que são problemáticos o suficiente para levar usuários de drogas a buscarem tratamento são necessários contextos investigativos em cenários diferentes. Por exemplo, o caso paradigmático e polêmico do parque da *Platzpitz*, em Zurique, que de 1988 a 1992 tornou-se um ponto de encontro diário de 1500 a 3000 consumidores e pequenos traficantes de drogas, a maior parte ilícitas, particularmente a heroína e a cocaína. Com grande repercussão nacional e internacional, a experiência da *Platzpitz* consistiu em criar uma zona de “tolerância”, isto é, suspensão da legislação repressiva em um espaço geográfico circunscrito, onde múltiplas ações preventivas e de redução de danos foram estabelecidas. Neste período, foi possível ter acesso a usuários de drogas nesta *cena aberta*, alguns dos quais nunca haviam procurado serviços de tratamento, tornando possível, através do acesso livre e amigável, conhecer facetas do universo desses usuários antes inacessíveis aos profissionais de saúde, conforme atestam estudos longitudinais realizados (22, 32).

Antropólogos realizaram interessantes estudos, numa linha não muito distante daquela utilizada por Zinberg, que revelaram ao mundo outras modalidades de uso, incluindo estratégias de controle utilizadas mesmo frente a substâncias consideradas “drogas pesadas”. Estes estudos surgiram em países onde foram adotadas políticas de redução de danos

para o uso de drogas lícitas e ilícitas, como por exemplo a Austrália. Não por acaso, nos Estados Unidos, foi em São Francisco, cidade conhecida pela sua “tradição” de defesa de direitos humanos das minorias desde o final dos anos 1960, local onde foram feitos estudos etnográficos investigando práticas de usos de drogas com população de usuários de cocaína de longa duração (52).

- O que há de novo? Mudanças na política e tratamentos experimentais

Novos contextos, gerados por mudanças de políticas de drogas nacionais/locais e o surgimento de tratamentos experimentais têm produzido impacto na abordagem e tratamento de usuários de drogas.

Em 2001, frente à gravidade da situação dos dependentes de heroína, em decisão ousada, Portugal decretou a descriminalização do uso de todas as drogas: nenhum usuário estará cometendo um crime ao usar, não importa qual droga seja. Isso assegurou que fosse criado um ambiente protegido e amigável para o cuidado destas pessoas. Segundo o Instituto da Droga e da Tóxico Dependência de Portugal (27), os resultados foram positivos, apontando que após um pequeno aumento inicial, houve diminuição do uso de drogas, diminuição de internações e dos padrões problemáticos de consumo, além do aumento da percepção sobre os riscos à saúde envolvidos no uso dessas substâncias e uma diminuição importante nas infecções por HIV e do vírus da hepatite C (HCV).

Seguindo esta linha de admissão do fracasso da *guerra às drogas*, diversos estados dos Estados Unidos alteraram sua legislação frente a *cannabis*. Muitos regulamentaram o uso medicinal da erva, contexto que facilitou o acesso à substância para pesquisas e, portanto, maior acúmulo de informação sobre os aspectos médicos da planta, embora as restrições de financiamento das agências fomentadoras para estes estudos ainda permaneçam.

O Uruguai, primeiro país no mundo a legalizar o uso da *cannabis*, além dos estados norte-americanos do Colorado e Washington, legalizou o uso recreacional da erva, regulamentando todas as etapas envolvidas na produção, comercialização e consumo, retirando os usuários da clandes-

tinidade. Embora alguns dados preliminares apontem haver uma estabilidade da prevalência de consumo nessas regiões, tais experiências são muito recentes e, ainda necessitam tempo para maiores conclusões (24).

Novas estratégias de reduções de danos têm surgido pela queda das barreiras impostas no estatuto legal da droga, tornando mais fácil admitir a presença dessas substâncias em determinados contextos, como festas e festivais. Uma dessas novas modalidades é a checagem de drogas, realizadas com *kits* que identificam a composição ou a presença de certo princípio ativo em comprimidos, *blotters*^{II}, ou pó, realizadas em festivais de música, onde há concentração de jovens em eventos com duração maior que as baladas comuns. Diversos festivais, como o *Boom*, em Portugal, com o projeto *Kosmicare* (42) e o Universo Paralello, em conjunto com o Coletivo Balance, na Bahia (4), começaram a implementar tendas dentro de seu espaço, visando fazer a testagem das substâncias trazidas pelos presentes, inclusive publicando as adulterações encontradas durante a noite anterior, além de disponibilizar *kits* de uso seguro e panfletos com informação sobre as drogas. Esses programas, também oferecem amparo para crises relacionadas ao uso de substâncias psicoativas: desde atendimento médico clínico, até intervenções próprias de acompanhamento terapêutico (AT), oferecendo *holding* e outras intervenções terapêuticas, para pacientes que procuram ajuda por experiências negativas, conhecidas como *bad trips* (29, 41).

- Usos terapêuticos das drogas

Nos últimos meses, o possível potencial do uso de princípios ativos de *cannabis* foi colocado em evidência, mais incisivamente o canabidiol, mas também, embora em menor escala, o THC, para o controle de epilepsias graves. Ainda não há dados suficientes, mas estudos *in vivo* e *in vitro* apontam efeitos favoráveis deste uso (21).

Diversos estudos voltaram a ser feitos com o uso de dietilamida do ácido lisérgico (LSD), como ferramenta para psicoterapias. Também o uso de terapia assistida com metilenodioximetanfetamina (MDMA), para stress pós-traumático vêm apresentando evidência de efetividade (16) e

II Nome dado às folhas de papel embebidas com drogas, coloridas e desenhadas em pequenos quadrados.

está sendo estudado para ansiedade relacionada a doenças com risco de morte e ansiedade social em autistas. A ibogaína tem sido usada para o tratamento de dependência química, havendo também estudos em andamento^{III} (38) que oferecem indícios de benefício de terapia auxiliada pelo uso da ayahuasca para transtornos de personalidade, dependência química e stress pós-traumático (20). Infelizmente, por conta das legislações vigentes, o acesso a essas substâncias é difícil e custoso, atrapalhando e muitas vezes impossibilitando o avanço de pesquisas sobre seus usos terapêuticos em diversos países, inclusive no Brasil.

Considerações finais

Lembrando o início deste capítulo, é preciso considerar que efeitos terapêuticos podem ser obtidos por diversas propostas de atendimento em múltiplos contextos, fora do *setting* do consultório. A busca ativa por usuários em situação de vulnerabilidade, as visitas às *cejas de uso* e os consultórios na rua construíram uma série de intervenções baseadas na proposta de redução de danos com resultados interessantes e positivos (17).

Embora não se possa esgotar um assunto tão vasto como o tratamento de transtornos de substâncias psicoativas em tão pequeno espaço, esperamos ter atualizado o leitor com um breve panorama crítico sobre as práticas terapêuticas, afirmando nosso compromisso através da clínica de favorecer a busca de autonomia e respeito aos direitos humanos dos usuários de drogas.

Referências

1. ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p.2309-19, 2009.

III A *Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies* (MAPS), associação sem fins lucrativos fundada em 1986, financia e divulga diversos projetos relacionados ao uso terapêutico de substâncias psicoativas, podem ser encontrados no sítio do MAPS na internet, em <http://www.maps.org>

2. ALVES, Y. O programa De Braços Abertos da prefeitura paulistana: surgimento, consolidação e perspectivas. In: RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgz.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.213-226.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.
4. ANDRADE, M.; RITTEL, V.; MEDEIROS, R. et al. S.O.S Bad Trip – Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos (CBRRD). In: FERNANDEZ, O.; ANDRADE, M.; FILHO, A.N. (Orgs.). **Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos**. 1 ed. Salvador: EDUFBA/Brasília: ABRAMD, 2015.
5. ANDRADE, T. M. **Condições psicossociais e exposição ao risco de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em uma comunidade marginalizada de Salvador**. (Tese de Doutorado). Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1996.
6. ANDRADE, T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-74, 2011.
7. BECKER, J.; DUFFY, C. **Women drug users and drugs service provision: service-level responses to engagement and retention**. Londres: Home Office, 2002.
8. BOLLAS, C. **Catch them before they fall**. Londres/Nova Iorque: Routledge, 2013.
9. BRADY, K.T.; SONNE, S.C. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, Mênfis, v.56, n.3, p.19-24, 1995.
10. BRASIL. Constituição da República do Brasil. Brasília: Congresso Nacional, 1988.
11. BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Diário Oficial da União, 16 jul. 1990.
12. BRITES, C.; REALE, D.; SOARES, C. São Paulo City Experience: Harm Reduction Among IDUS. **8th International conference on the reduction of drug related harm**. 1 ed. Paris: 1997. p.137.

13. CLARK, W.D. Alcoholism: blocks to diagnosis and treatment. **The American Journal of Medicine**, Tucson, v.71, n.2, p.275-86, 1981
14. CENTRO DE PESQUISA EM PSICOBIOLOGIA CLÍNICA. **Encontro de centros brasileiros de tratamento de dependência de drogas**. São Paulo: AFIP, 1989.
15. CHABROL, H.; OEHEN, P. MDMA Assisted Psychotherapy Found To Have A Large Effect For Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. **Journal of Psychopharmacology**, Londres, v.27, n.9, p.865-6, 2013.
16. DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E.M. Avaliação da disponibilização de kits de redução de danos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.1, p.37-48, 2006.
17. FERNANDEZ, O. F. **A epidemia clandestina: aids e o uso de drogas endovenosas em São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 1993.
18. FRECSKA, E.; BOKOR, P.; WINKELMAN, M. The Therapeutic Potentials Of Ayahuasca: Possible Effects Against Various Diseases Of Civilization. **Frontiers in pharmacology**, Lausana, v.7, p.7-35, 2016.
19. FRIEDMAN, D.; DEVINSKY, O. Cannabinoids in the Treatment of Epilepsy. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v.373, n.11, p.1048-58, 2015.
20. FUCHS, W. J.; GROB, P. J. Harm reduction in an open drug scene. **European Addiction Research**, Basileia, v.1, n.3, p.106-14, 1995.
21. GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
22. HALL, W.; WEIER, M. Assessing the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the USA. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, Nova Jérsei, v.97, n.6, p.607-15, 2015.
23. HEATHER, N.; WOODAK, A.; NADELMANN, E.E. et al. (Eds.). **Psychoactive drugs & harm reduction: from faith to science**. 2 ed. Londres: Whurr Publishers, 1993.
24. HUMPHREYS, K.; BLODGETT, J.C.; WAGNER, T. H. Estimating the efficacy of alcoholics Anonymous without self-selection bias: An instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, Malden, v.38, n.11, p.2688-94, 2014.

25. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). **A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências**: Relatório Anual – 2014. Lisboa: SICAD, 2015.
26. KHAN, M. **Psicanálise**: teoria, técnica e casos clínicos. Rio de Janeiro: Francisco Alvez, 1984.
27. KARPETAS, S.; NETWORK, H.K. Ground central station at the Boom Festival: creating a safe space for working with psychedelic crises. **MAPS Bulletin**, Santa Cruz, v.13, n.1, p.37-40, 2003.
28. KIRSCH, H.; REALE, D.; OSTERLING, J. Hard-To-Reach or Out-of-Reach? São Paulo Outreach Workers and Inner-city Addicts. In: KIRSCH, H. (Ed.). **Drug lessons & education programs in developing countries**. New Brunswick/Londres: Transaction Publishers, 1995. p.219-232.
29. LAI, H.M.; CLEARY, M.; SITHARTHAN, T. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990–2014: a systematic review and meta-analysis. **Drug and Alcohol Dependence**, Baltimore, v.154, p.1-3, 2015.
30. LEHMAN, P. **Swiss drug policy**: The harm reduction dimension as a matter of political debate. 8TH International Conference On the reduction of drug related harm. Paris; 1997. p.111.
31. MARLATT, G.A.; LARIMER, M.E.; BAER, J. S. et al. Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. **Behavior Therapy**, Filadelfia, v.24, n.4, p.461-503, 1993.
32. MARLATT, G.; WITKIEWITZ, K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: MARLATT, G.; DONOVAN, D. (Ed.) **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. 2 ed. Nova York: Guilford Press, 2005. p.1-44.
33. MERIKANGAS, K. R.; STOLAR, M.; STEVENS, D. E. et al. Familial transmission of substance use disorders. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.55, n.11, p.973-9, 1998.
34. MESQUITA, F. C.; BASTOS, F. I. (Orgs.) **Drogas e aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC, 1994.
35. MOJEIKO, V.; BROWN, T. K.; GARGOUR, K. et al. **Observational study of the long-term efficacy of ibogaine-assisted therapy in participants with opiate addiction**. MAPS; CISS, 2012. (On-line). Dispo-

- nível em <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.377.9870&rep=rep1&type=pdf>>.
36. MUDGFORD, S. K. Politics of drug law reform in Australia: what we should do and might do, but probably won't. **American Society of Ciminology**. (mimeo). Nevada: 1989.
 37. NIELSEN, S.; BETTENCOURT, C. Kosmicare: creating safe spaces for difficult psychedelic experiences. **MAPS Bulletin**, Santa Cruz, v.18, n.3, p.39-44, 2008.
 38. OAK, A. A history of psychedelic care services. In: OAK, A.; HOLDEN, B.; HARWOOD, E. et al. (Ed.) The manual of psychedelic support: a practical guide to establishing and facilitating care services at music festivals and other events. (On-line). **Psychedelic Care Publications**, 2015. p.19-36 1 ed.
 39. OLIVENSTEIN, C. **O Destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.
 40. REALE, D.; BRITES, C. M.; SOARES, C. B. Evaluation of a brazilian harm reduction training. In: **8ª international conference on the reduction of drug related harm**. Paris: 1997. Program & abstracts. p.61.
 41. REALE, D. **O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade**. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
 42. ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. What is motivational interviewing?. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, Cambridge, v.23, n.4, p.325-34, 1995.
 43. RUBAK, S.; SANDBÆK, A.; LAURITZEN, T. et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of General Practice**, Londres, v.55, n.513, p.305-12, 2005.
 44. SAFRA, G. O sofrimento humano e as fraturas éticas. In: **A Po-ética na clínica contemporânea**. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.
 45. SOBELL, L.C.; SOBELL, M. B. **Behavioural treatment of alcohol problem drinkers**. New York, Plenum, 1978.
 46. SCIVOLETTO, S. **Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas**. (Tese de Doutorado) em Psiquiatria.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

47. TSEMBERIS, S.; GULCUR, L.; NAKAE, M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. **American Journal of Public Health**, Washington, v.94, n.4, p.651-6, 2004.
48. WALDORF, D.; REINARMAN, C.; MURPHY, S. **Cocaine changes: the experience of using and quitting**. Filadélfia: Temple University Press, 1992.
49. WINNICOTT, D. Tipos de psicoterapia. In: WINNICOTT, D. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.p. 93-103.
50. WITKIEWITZ, K.; BOWEN, S.; DOUGLAS, H. et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. **Addictive Behaviors**, Filadélfia, v.38, n.2, p.1563-71, 2013.
51. ZALUAR, A. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: **Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos**. 1 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
52. ZINBERG, N.E. **Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use**. New Haven: Yale University Press, 1986.



Discursos Preventivos e Propostas Visando à Prevenção ao Abuso e à Dependência de Drogas

Celi Cavallari

Resumo:

Os discursos preventivos também estão inseridos na política de drogas, no entanto, o cenário proibicionista propõe há décadas a abstinência a qualquer uso de drogas ilícitas, estratégia que se provou sistematicamente falha, visto que o tema é complexo e exige novas abordagens. Por outro lado, o enfoque da redução de danos e da vulnerabilidade voltado para a promoção de saúde das pessoas oferece possibilidades mais inclusivas de prevenção ao uso problemático, como o abuso e a dependência de drogas. A comunidade escolar (educadores, alunos e pais) precisa se apropriar de informações científicas e democráticas para favorecer a responsabilidade dos alunos sobre as próprias escolhas. Evitar a dependência é uma questão de liberdade.

Introdução

A dimensão que a problemática em torno das drogas tem hoje, em pleno século XXI, com custos altíssimos tanto biopsicossociais quanto financeiros, requer uma revisão na busca de soluções mais plausíveis – em todas as áreas relacionadas ao tema – e cabe à prevenção o papel específico de contribuir com a redução de problemas que possam estar associados ao uso indevido, ao abuso e à dependência de drogas.

As duas principais tendências da política de drogas: a proibicionista e a antiproibicionista repercutem nas concepções sobre o que é prevenção e sobre o que deve ser prevenido. O paradigma proibicionista e criminalizador, preponderante na legislação atual, conhecido como política de guerra contra as drogas tem fundamento na repressão a qualquer uso (especialmente de substâncias tornadas ilícitas) e, no que se refere à prevenção, almeja a abstinência total (2). Por outro lado, a proposta antiproibicionista é descriminalizadora e pautada nos direitos do usuário, cujas diretrizes de prevenção baseiam-se nos conceitos de promoção de saúde e de redução de danos, que visam evitar o avanço para etapas seguintes: o uso problemático, o abuso e a dependência. Essa proposta apresenta tolerância ao uso e considera prioridade contribuir para a diminuição de riscos à saúde e à vida do usuário.

Vários autores (9, 15, 25, 29) apontam que o uso de substâncias psicoativas acompanha a própria história da humanidade e que a proposta de acabar com o uso de drogas é irreal e inviável (8); prova disso, é que as políticas que se propuseram a obter um mundo livre de drogas surtiram péssimos efeitos e nunca alcançaram seus objetivos. Como aponta Bugierman (7), a humanidade tentou dar uma resposta simples a um sistema complexo e a política pública de drogas resultou em um *fracasso retumbante*, no qual os mecanismos criados para diminuir o consumo, resultaram em múltiplas consequências inesperadas; e com a insistência de mais força investida no mesmo modelo, o sistema *antidrogas global* – centralizado e com pouca autonomia para os países – acarretou um aumento cada vez maior do uso de drogas.

A ineficiência do enfoque antidrogas

A partir da Convenção Única de 1961, os países signatários da Organização das Nações Unidas (ONU) passaram a fazer restrições ético-legais às substâncias consideradas ilícitas (20), o que desdobrou em uma inversão: as drogas tomaram o lugar principal, enquanto o usuário passou a ser o coadjuvante nas políticas públicas. O conteúdo científico ficou relegado ao segundo plano (15) e, com a adoção e o aumento do proibicionismo, progressivamente, a repressão e a relação de dominação sobre o “outro” invadiram também o território da prevenção. Além disso, a política proibicionista favoreceu o aumento da violência, do medo, do abandono do cidadão e tem contribuído para um maior desequilíbrio e atraso psicossocial.

Desde a adoção do proibicionismo, o principal modelo de prevenção encontrado na literatura é o de “combate” ou “guerra às drogas” (10) que, em geral, utiliza palestras ou disciplinas específicas como elemento central de prevenção nas atividades educativas; suas ações são de abrangência restrita e são focadas prioritariamente em convencer pessoas a dizerem “não!” às drogas. As orientações decorrentes dessa abordagem visam à abstinência total como único resultado satisfatório. Apesar de predominarem, esses programas revelam ineficiência quando são avaliados (8).

Quando a droga é vista como elemento central e desfocado do papel que assume na vida de cada pessoa, perde-se a conexão principal: a interação que é estabelecida por aquele que faz uso, com o que encontra na relação com uma ou várias substâncias (18, p.30). Tanto as sensações relacionadas aos efeitos no corpo, quanto os aspectos intrapsíquicos e sociais são desconsiderados, ou seja, abandona-se o aspecto subjetivo fundamental pela mera análise de um único fator supostamente “objetivo”: a droga. A vivência humana de descoberta de outro estado de consciência, as alterações experienciadas, a relação entre prazer e desprazer, a função psíquica e todos os desdobramentos biopsicossociais são desconsiderados.

Muito se fala sobre ‘dependência química’, porém, a medicina já possui recursos científicos para tratar da necessidade orgânica por uma substância em curto espaço de tempo. Em geral, é necessário menos de um mês para resolver a chamada dependência física; porém é a depen-

dência psicológica, subjetiva e individual que exige maior cuidado, pois se a vontade por uma droga persiste, significa que há alguma demanda psíquica suprida pela droga que requer elaboração para viabilizar outras soluções mais satisfatórias ou menos prejudiciais à pessoa.

A mera imposição de evitar a qualquer custo que o uso ocorra acaba por dificultar a prevenção ao uso problemático ou ao abuso. Se a alternativa é apenas o “*diga não!*”, o que fazer quando a resposta for “sim”? Como alguém pode buscar orientação sobre a diminuição de riscos à saúde, se o uso precisa ser negado ou omitido? Como os educadores podem contribuir com a prevenção se não puderem considerar estas contradições? Como profissionais podem ter segurança para falar sobre drogas, se o tema não é contemplado nos currículos das universidades (12)? Como os pais podem abordar o assunto com profundidade, se ficam apavorados em pensar na possibilidade de seus filhos usarem drogas e, ao mesmo tempo, receiam que falar sobre esse conteúdo possa aguçar a vontade deles de experimentar?

Os discursos preventivos proibicionistas estão inseridos em referenciais reducionistas e limitados e, nesse contexto, a proibição em bloco de substâncias consideradas ilícitas corrobora com a construção do mito de que a droga ocupa o lugar do “mal” e do “impuro”, um lugar tabu (12, 19) em nosso psiquismo. As substâncias proibidas passam a ser demonizadas e evitá-las torna-se o objetivo principal das supostas “pessoas de bem” (4, 27). Diante do temor à possibilidade de uso, nos deparamos com a solução mágica de que a resposta idealizada deveria ser o “*diga não!*”, quando estaria tudo resolvido. Porém, esta receita sistematicamente falha, por desconsiderar que as pessoas são mais complexas em suas individualidades e que o condicionamento, por mais eficaz que pretenda ser, é insuficiente para dar conta das contradições relacionadas ao equilíbrio do prazer e do desprazer humano.

O outro lado da mesma moeda é que com as drogas lícitas a regulamentação se mostra muitas vezes omissa, como por exemplo, no caso das bebidas alcoólicas, que até o momento continuam a fazer propagandas de cervejas nos meios de comunicação de massa, em qualquer hora do dia, inclusive nos intervalos da programação infantil (29, 30). Apesar do *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre*

Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino, realizado em 2010 nas 27 capitais brasileiras pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) ter demonstrado que: o “álcool e o tabaco são as drogas de maior prevalência de ‘uso na vida’ em todas as capitais” entre os 50.890 estudantes pesquisados (13). Como observa Zemel (34, p.93), embora as bebidas alcoólicas sejam usadas nos rituais de nossas vidas e que “*quando ingerido de maneira consciente, o álcool não faz mal à saúde.*”, ainda assim se constitui como uma droga psicotrópica.

Esta polarização parte do princípio que a legalidade do insumo é o critério soberano para a regulação, como se o abuso de drogas lícitas fosse inofensivo, e esvazia a reflexão crítica sobre o que é prioritário: a relação que cada pessoa estabelece com o uso que faz e com os contextos nos quais esse uso ocorre. A dicotomia entre as drogas que são *legais* e as que *não são legais* compromete o discernimento sobre os graus de risco e sobre as escolhas que possam vir a contribuir para a redução da vulnerabilidade ao abuso de substâncias (25).

O enfoque que perde a pessoa de vista, no qual o usuário de drogas é estigmatizado como “droga de gente” é preconceituoso, oferece alternativas falaciosas e prejudica a prevenção ao restringir que informações mais consistentes sejam abordadas em sua complexidade pelo senso comum, pela família, pela mídia e também por educadores e por profissionais de saúde. A política proibicionista marginaliza o uso/usuário de drogas ilícitas e banaliza o uso/usuário de drogas lícitas, ou seja, dificulta a prevenção ao abuso e dependência, em ambos os casos. A criminalização também dificulta que o usuário peça orientação ou ajuda e o lança para a clandestinidade, de modo que muitas vezes, o uso que faz das drogas seja revelado apenas àqueles com quem a experiência é compartilhada e que seja descoberto pelos demais, somente quando alguma situação sai do controle ou surgem complicações. O estigma favorece a omissão, enquanto o uso não é problemático ele é escondido socialmente (11), já que o modelo amedrontador contribui para que os usuários tenham ser rotulados como drogados ou “mal” tratados – como com algum tipo de confinamento, seja em internações involuntárias ou em encarceramentos –; alternativas de alto custo psicossocial e econômico, que trazem sofrimen-

to e traumatizam ainda mais quem precisa de cuidado. Nesse contexto, é compreensível que os usuários que não apresentem problemas com o uso tentem encobri-lo para evitar represálias.

Embora o nosso tema não seja o tráfico de drogas, o consumo de substâncias ilícitas, facilita que o usuário estabeleça uma relação com o comércio da droga, o mundo “à margem” no qual, as pessoas menos incluídas sofrem maiores agravos como a disseminação da violência e os altos índices de mortalidade incrementados pela criminalização, principalmente para as pessoas mais vulneráveis, como jovens pobres e negros (4, 33). Feffermann (16, p.XXXX) aponta que:

“No caso do jovem que “trabalha” no trafico, a situação é mais pungente. De um lado, o trabalho opressor, a crueldade das leis do tráfico que não admite falhas, por outro a repressão da polícia.”

Logo, o desafio a ser vencido é a sociedade do abuso, não necessariamente apenas do sintomático abuso de drogas, mas de todo tipo de abuso. E o proibicionismo propicia o abuso de poder das forças repressivas, em detrimento da busca pela satisfação do usuário proporcionada pela substância, assim como, possibilita a extorsão daqueles que são envolvidos na rede de comercialização das drogas ilícitas e que ficam submetidos e vulneráveis por não poderem explicitar e se defender desses abusos. Nestes termos fica estabelecido um conflito polarizado e permanente, como em qualquer guerra.

Uma política restritiva e opressora, ancorada na repressão e na violência, sem considerar as demandas individuais e coletivas é ineficaz e causa o atraso no desenvolvimento pessoal, além de aumentar a vulnerabilidade e acarretar prejuízos no plano social, científico, cultural e jurídico; bem como provoca distorções e gastos enormes e inúteis (15). Da mesma forma que a busca de soluções se mostra um labirinto sem saída, que condena o tecido social juntamente com o indivíduo abandonado e criminalizado.

A alternativa da abordagem de redução de danos

Os discursos preventivos ao abuso e dependência de drogas, nos quais a prioridade é a pessoa (27), estão relacionados essencialmente à promoção de saúde, às informações e aos cuidados que possibilitem evitar riscos causados pelo uso prejudicial de substâncias psicoativas. Favorecem a autopreservação e a autopercepção para que o usuário evite atingir graus nocivos que possam comprometer sua saúde e bem-estar geral. Para tanto, é necessário que o discurso preventivo tenha início muito antes da questão específica do uso de drogas, que desenvolva a tolerância com a diversidade das diferenças individuais e que faça parte da educação preventiva em Direitos Humanos, associada a ações integradas de saúde e educação, inclusive com a comunidade, vinculadas em rede à noção de causa e consequência, de modo a possibilitarem o desenvolvimento de consciência crítica do indivíduo sobre si e sobre o mundo, em um processo dinâmico e interativo.

A abordagem de redução de danos permite maior inclusão das pessoas que usam drogas (12, 24) por ser mais flexível e tolerante com o usuário, pois se baseia no cuidado da pessoa, no respeito às escolhas individuais e visa evitar o uso problemático como o abuso e a dependência. Embora possa ser usada tanto na prevenção quanto no tratamento, ela é fundamentalmente preventiva e considera prioridade contribuir para a diminuição de riscos e danos à saúde e à vida do usuário. Proporciona o desenvolvimento de consciência crítica sobre o uso e por meio de esclarecimentos ao usuário amplia a eficácia da prevenção, pois qualquer prevenção só acontece quando é possível pensar antes sobre os riscos.

A redução de danos trabalha com informações científicas e reconhece que historicamente o uso de drogas faz parte da realidade individual e coletiva da humanidade, ao mesmo tempo em que propõe que haja relação de confiança com a capacidade de escolha e de discernimento das pessoas que as utilizam. Contribui para o desenvolvimento de fatores de proteção, tais como a atenção permanente na escolha sobre o uso, quantidade e frequência do mesmo; e considera que esses elementos são fatores de risco a serem observados para evitar o uso prejudicial. Por isso, a redução de danos constitui-se sempre como uma metodologia de

Promoção de Saúde, que preconiza que se evite a etapa seguinte. Nesse sentido, o compromisso com a Promoção de Saúde e com a garantia de direitos é desenvolvido enquanto rotina de uma sociedade, no dia-a-dia e na compreensão de que os cuidados ocorrem desde cedo e trazem a marca de cada cultura que é internalizada pelo indivíduo a partir da convivência com a família, com a escola, com os profissionais de saúde e com a comunidade. O discurso preventivo é multissetorial e integrado à autopercepção e ao respeito deste indivíduo para consigo mesmo, no lidar com o outro e com o mundo, além de estar relacionado à formação e a aprendizagem continuada.

Para Edgar Morin (21, p.15), o desafio contemporâneo da globalidade é um desafio de complexidade, mas o sistema educacional adotado é mecanicista e nos ensina a “*reduzir o complexo*” e optar por sistemas mais “*simples*”, ao recortar as disciplinas e perder de vista as correlações entre elas. Contudo, ao pensar nos objetos isolados de seu contexto, ao dissociar os problemas sem reintegrá-los, ao separar o que está ligado sem recompor e ao “*eliminar tudo que causa desordens ou contradições em nosso entendimento*” suprimimos a possibilidade de desenvolvimento e de aprendizagem, de reflexão mais aprofundada sobre novas formas de lidar com problemas, além de desconsiderar “*tudo o que é subjetivo, afetivo, livre, criador*” (21, p.15).

Embora a prevenção ao uso problemático de drogas possa ocorrer em várias esferas da sociedade, a escola é um ambiente propício ao trabalho preventivo, tanto por concentrar crianças e jovens, quanto pelo referencial de lugar de aprendizagem formal e informal. Mas é preciso que haja um compromisso com a educação preventiva, um envolvimento dos educadores com a formação mais abrangente de seus alunos. Para Rodrigues (26, p. 76), o “*trabalho preventivo e promocional de saúde psicológica nos meios educacionais envolve a perspectiva mais global de desenvolver as potencialidades humanas e estimular competências específicas, almejando fomentar a vida em sociedade e os princípios de cidadania*”.

A utilização da redução de danos reconhece a diferença entre uso e abuso de substâncias e, na prevenção primária, colabora para que crianças e jovens também possam refletir sobre o uso de drogas de familiares, além de ancorar o diálogo e a elaboração de fatores de proteção

com alunos que já tenham usado alguma substância psicoativa, para que possam se sentir inseridos e acolhidos no projeto preventivo. Suportar e conviver com os conflitos também faz parte do processo; os alunos precisam dizer o que pensam e serem ouvidos. É preciso pensar que estão expostos na vida e necessitam aprender a enfrentar essa exposição, do mesmo modo que todos nós fomos ensinados a ter outras habilidades, como atravessar a rua em convivência com os carros. Desse modo, se estiverem preparados, quando se depararem com as drogas no percurso de sua existência, estarão protegidos pelo próprio discernimento e autonomia.

Conforme aponta Pinto (23, p.83), enquanto o modelo autoritário é assistencialista, faz prescrições que não envolvem a responsabilidade da pessoa sobre suas escolhas e realiza a prevenção *para* o outro, no formato “*faça o que eu digo por que você está em perigo!*”, o modelo libertador, desenvolvido por Paulo Freire, viabiliza a eficácia da educação preventiva por estar diretamente relacionado com a *capacidade de opção e decisão* propiciadas pela prevenção realizada *com* a pessoa, ao invés de *para ela*.

Para exemplificar, um estudo sobre a eficácia do voto de castidade antes do casamento proposto por grupos religiosos para adolescentes, feito na Universidade de Columbia, nos Estados Unidos, que acompanhou jovens entre 12 e 18 anos por seis anos, constatou que 88% dos jovens que fizeram votos de castidade tiveram relações sexuais antes do casamento; além disso, apenas 40% dos rapazes que tinham feito os votos usaram preservativos, contra 59% dos que não fizeram os votos. Picazio aponta que os pesquisadores do estudo concluíram que “*os jovens que se comprometem com a abstinência acabam tendo menos acesso a informações sobre sexualidade e DSTs, deixando de compreender a importância do uso de camisinha*” (22, p.89). Portanto, a prevenção realizada pela proibição, prescrita ao outro, além de fracassar, favorece a exposição ao risco, tal como se tem verificado com relação ao uso de drogas: sem informações adequadas e sem que se leve em conta a realidade psicossocial, todos ficam mais vulneráveis.

Vulnerabilidade é um conceito que advém da área de advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem e significa: “*grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania*” (12, p. 801). Passou a ser utilizado tam-

bém na área da saúde nos anos 1990, a partir da avaliação da pandemia de HIV/aids. Conforme aponta Ayres (5, p.24), o trabalho preventivo na perspectiva da vulnerabilidade deixa de apenas passar informações técnicas e busca “*tornar as pessoas mais capazes de identificar suas próprias necessidades e ter possibilidades efetivas de dispor do conhecimento na forma em que elas quiserem e puderem para defender a si e aos outros...*”. Ayres destaca ainda a dimensão dinâmica desta atuação: “*trabalhar com vulnerabilidade é assumir que não há uma formula única e definitiva de enfrentar a epidemia, que essas formas não só têm de emergir das realidades locais, como se transformam também ao longo do tempo*” (5, p.24).

Entendemos, com Sodelli (12, 31), que os três planos interdependentes de determinação de vulnerabilidade (individual, social e programática), também são pertinentes à tarefa preventiva ao uso arriscado de drogas, a saber:

- *vulnerabilidade individual*: é dinâmica e para além das atitudes pessoais, das ações voluntárias dos indivíduos, grupos populacionais e nações, é influenciada pelas condições de cada realidade, fase ou momento da vida da pessoa ou do grupo; depende das circunstâncias e do poder de transformação que pessoas possuem com base na consciência das informações que recebem;

- *vulnerabilidade social*: depende da garantia de acesso à informação de qualidade, aos serviços de saúde, de educação e sociais, bem como dos aspectos culturais e sociopolíticos relacionados aos vários segmentos de cada meio social e do grau de liberdade de pensamento e expressão destes;

- *vulnerabilidade programática*: está relacionada aos programas governamentais, ao planejamento institucional, aos financiamentos existentes para programas preventivos, à viabilidade de composições de redes ou coalizão interinstitucional para a atuação, além do compromisso expresso das autoridades com os programas preventivos e essas redes.

Como o conceito de vulnerabilidade é flexível e varia conforme as condições individuais e coletivas, no que se refere à prevenção, ao abuso e à dependência de drogas, a reflexão que se impõe é o questionamento sobre quais ações, em cada momento, podem favorecer a redução de vulnerabilidades. Pensar em propostas de prevenção baseadas na lógica de

redução de danos e de vulnerabilidades requer compreender a necessidade de práticas integradas e contínuas, que ocorram preferencialmente desde a educação infantil até a vida adulta. É preciso ainda considerar a formação continuada dos educadores.

Não bastam ações isoladas. A educação preventiva, também com relação ao uso de drogas, necessita do envolvimento da comunidade escolar: alunos, educadores (todos os trabalhadores da escola) e pais; além disso, deve estar incluída no projeto político pedagógico da escola, e estimular o diálogo e o contato interinstitucional com a comunidade local.

Embora boa parte dos educadores não tenha recebido orientação específica para trabalhar com essa temática, os projetos preventivos mais abrangentes buscam proporcionar a revisão de valores e a formação pessoal, com enfoque voltado para o reconhecimento da habilidade de cada um em responsabilizar-se pelas próprias escolhas, visando o fortalecimento da personalidade, a compreensão das relações familiares, da relação com o próprio corpo, da identidade sexual e social, a tolerância com a diversidade e com as necessidades especiais entre as pessoas e a criatividade (6).

Para além da urgência de investimento em formação continuada dos educadores, é importante que haja engajamento dos mesmos no desenvolvimento de habilidades e competências das crianças e jovens. É preciso transformar a relação autoritária, mudar modelos de abordagem, usar recursos tecnológicos e criatividade, encorajar o protagonismo e a monitoria de alunos, para que sejam facilitadores da educação preventiva com seus pares, envolver pais. O compromisso dos docentes em colaborar com algum amadurecimento sustentável dos alunos rumo à vida adulta também torna a tarefa de educar mais vitalizada e melhora o ambiente de trabalho, por transcender os muros da escola e as fronteiras do presente.

Vários projetos preventivos na área de drogas, de abrangência nacional preconizam que o educando seja o principal beneficiário e protagonista e afirmam que é necessário garantir a participação de adolescentes e jovens na gestão desses projetos, desde o planejamento até a implementação, além de ser fundamental a formação continuada dos educadores. Porém, o projeto Tamojunto, proposto em 2014 pelo Ministério da Saúde para alunos entre 10 e 14 anos, trouxe inovações maiores,

por priorizar, além do desenvolvimento de competências e habilidades “em uma linguagem descontraída e acessível, abordando diversos assuntos”, também as “situações de stress que podem levar adolescentes a usar drogas” (32, p.1).

Atualmente discute-se que é tempo de mudar os padrões tradicionais da educação. Alguns autores afirmam que é necessário “descolonizar” o currículo, pois a demanda atual do conhecimento é *multi-inter-trans cultural* (3) e o atual modelo é engessado desde as datas comemorativas, até a forma como as disciplinas são abordadas (28). Temas transversais que possibilitem um olhar mais crítico e questionador sobre os preconceitos estabelecidos e que permitam a convivência com a diversidade em seus múltiplos ângulos tornam a escola mais interessante, mais prazerosa, mais transformadora ao propiciar reflexões instigantes, relacionadas à realidade dos alunos, para além do conteúdo obrigatório.

Adolescentes usam drogas também como processo de descoberta, em busca de *insights*, de autoconhecimento: se a escola puder ser fonte de descobertas, se for envolvente, os alunos sentirão prazer em participar de outras formas de autodescobrir-se. A escola mais inclusiva contribui com a redução de vulnerabilidade e com a integração pessoal do aluno, especialmente com aqueles que apresentam condições emocionais mais difíceis. A maior aceitação das diferenças favorece a sensação de pertencimento, de identidade e é tranquilizadora, além de contribuir com a saúde mental daquele grupo. Por outro lado, quando a escola é abusiva o *bullying* é desconsiderado e perpetua diferenças, estigmatiza e deixa marcas traumáticas para a vida da pessoa atingida por essa discriminação, assim como para as demais, que passam a temer sofrer o mesmo *bullying*; todos vivenciam insegurança e instabilidade e a violência pelo silêncio torna-se crônica.

Considerações finais

Os adultos precisam resgatar a linguagem da ternura (17) e ampliar a comunicação com as crianças e adolescentes, cuidar das verdadeiras necessidades dos estudantes, ouvi-los com o respeito merecido. Os pro-

gramas de desenvolvimento de habilidades apresentam bons resultados na redução de vulnerabilidades, por investirem no crescimento afetivo, emocional e pessoal do aluno e por incrementar recursos para a vida em sociedade. A escola ao encarar essas necessidades, ao inserir estas temáticas, evidencia que reconhece tais dimensões existenciais de seus integrantes, além de aproveitar a oportunidade para promover trocas intergeracionais entre os profissionais e os alunos, assim como entre os pais e seus filhos.

Num trabalho preventivo que realizei numa cidade do interior, uma escola elegeu drogas como tema anual, cujo projeto de estudos permeava todas as disciplinas e os alunos do grêmio – como multiplicadores – passaram a ser supervisionados por professores para esclarecer seus pares, bem como suas famílias que também passaram a receber esclarecimentos sobre o tema, em reuniões específicas.

Como resultado interessante, os alunos afirmaram que havia mudado a relação deles com o ambiente escolar, colegas e educadores, mas também com a comunidade. Em especial, as meninas alegaram se sentir mais protegidas até para andar nas ruas, devido à mudança de atitude: mais solidária, de seus colegas.

O uso de drogas faz parte da vivência humana, mas durante a adolescência pode prejudicar o processo de desenvolvimento da pessoa. O abuso e a dependência revelam sintomas que precisam ser compreendidos caso a caso (1, p.141). O engajamento de pais e educadores nos projetos preventivos possibilita a ampliação do diálogo e ampara um processo de desenvolvimento mais saudável dos jovens.

É urgente assumir que a educação preventiva também é um projeto de esperança e investimento no futuro das pessoas e da humanidade.

Referências

ACSELRAD G. (org.). **Quem tem medo de falar sobre drogas?** Saber mais para se proteger. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

ACSELRAD G. **Os discursos preventivos sobre o uso de drogas e as potencialidades dos educadores na prevenção primária** – relato

de experiência. (Dissertação). Instituto de Estudos Avançados em Educação da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1989.

ALMEIDA, J. Geopolíticas e descolonização do conhecimento. **Anais Sem Nac Pós-Gr Ciênc Soc – UFES**, Vitória, v.1, n1, p.1-10, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/SNPGCS/article/view/1482/1084>

ANDRADE T.M.; FRIEDMAN S.R. Princípios e práticas de Redução de Danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. **Panorama atual das drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/aids. In: PINTO, T.; TELLES, I.S. (orgs.). **Aids e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS**. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BURGIERMAN, D.R. **O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas**. São Paulo: Leya, 2011.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In AQUINO JG. (org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In LABATE, B.C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p.65-90.

CASELA, A.L.M.; MONTEIRO, E.P.; FREITAS, J.V.T.; SILVEIRA, P.S. As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil In RONSANI, T.M.; SILVEIRA, P.S. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. p.40-48. Disponível em: <https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=9d99a8aa-6acb-4f7b-934c-710af87d22a3&groupId=10157>.

CAVALLARI, C.D. Redução de Danos, um modelo de prevenção aplicável em escolas. In: PINTO, T.; TELLES, I.S. (orgs.). **Aids e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS**. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000.

- CAVALLARI, C.D.; SODELLI M. Redução de Danos e vulnerabilidades enquanto estratégia preventiva nas escolas. 36.2 In: SEIBEL, S. **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **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, 2010. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/downloads/vi_levantamento.pdf>.
- COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus. 1989: p.105.
- ESCOHOTADO, A. A Proibição: princípios e consequências. In: RIBEIRO, M.M.; SEIBEL, S.D. (org.). **Drogas hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.
- FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas**: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis: Vozes, 2006.
- FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. In: FERENCZI, S. **Obras completas**. (trad. A. Cabral). São Paulo: Martins Fontes, 1992. v.IV.
- FERNANDEZ, O.F.R.L., MACRAE, E. Entre carreiras, redes e circuitos. In FERNANDEZ, O.F.R.L.; ANDRADE, M.M., NERY FILHO, A. (org.). **Drogas e políticas públicas**: educação, saúde coletiva e direitos humanos. Salvador: EDUFBA, 2015.
- FREUD, S. Totem e tabu. In: FREUD, S. **Obras completas de Sigmund Freud**. (trad. J.P. Porto). Rio de Janeiro: Delta, s.d. p.49-239. v.14.
- KARAM, M.L. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. In: SEIBEL S.D. (org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p.1135-1160.
- MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. (trad. Eloá Jacobina). 18ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- PICAZIO, C.A. Gravidez na adolescência. In PICAZIO, C.A. **Viva melhor com o adolescente**. São Paulo: Larousse, 2005.

- PINTO, T.C.R. Por um modelo 'libertador'. In: PINTO, T.; TELLES, I.S. (orgs.). **Aids e escola: reflexões e propostas do EDUCAIDS**. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF, 2000.
- REALE, D. **O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade**. (Dissertação). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.
- RIBEIRO, M.M. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.
- RODRIGUES, M.C.; FRANCO, G.R. Ensino de habilidades de vida: uma estratégia de prevenção e promoção da saúde na adolescência. In RONSANI, T.M.; SILVEIRA, P.S. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: Editora FJE, 2014. Disponível em: <https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=9d99a8aa-6acb-4f7b-934c-710af87d22a3&groupId=10157>.
- ROS, V.M.L.D. Juventude livre de drogas: o que há de errado nisso? (PDF on line) Disponível em: http://www.academia.edu/8259858/Juventude_livre_de_drogas_o_que_h%C3%A1_de_errado_nisso .
- SILVA, T.T. *Descolonizar o currículo: estratégias para uma pedagogia crítica. Dois ou três comentários sobre o texto de Michael Apple*. In COSTA, M.V. (org.). **Escola básica na virada do século. Cultura, política e currículo**. São Paulo: Cortez, 1996.
- SILVEIRA, D.X.; OLIVEIRA, M.P.M.T. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: SILVEIRA, D.X., MOREIRA, F.G. (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- SODELLI, M. **Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade**. (Tese). Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 2006.
- SODELLI, M.; CAVALLARI, C.D. O professor, a prevenção e a redução de vulnerabilidade associada ao uso de drogas na escola. In PINTO, T.C.R. (org.). **Educação preventiva: teoria e prática**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2009.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODOC). UNODC e Ministério da Saúde expandem versão brasileira de pro-

grama de prevenção ao uso de drogas nas escolas. **Notícias.** Brasília: UNODOC – Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. 21/08/2014. (on line). Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2014/08/21-unodc-e-ministerio-da-saude-expandem-versao-brasileira-de-programa-de-prevencao-ao-uso-de-drogas-nas-escolas.html>>.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2016.** Homicídios por arma de fogo no Brasil.. Brasília: FLACSO Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>.

ZEMEL, M.L.S.; SADDI, L. **Alcoolismo.** São Paulo. Edgard Blucher Ltda, 2015. Série O que fazer?.



Discursos e Estratégias de Prevenção às Drogas na Educação

Regina Figueiredo

Resumo:

Faz-se uma análise dos discursos educacionais relativos ao uso de drogas, tanto emitidos em nível formal, como informalmente através de instituições que compõem o processo educacional dos indivíduos: família, comunidade, religião, mídia. Discute-se a atual tendência de educação pautada na abstinência de contato com as drogas, inclusive legais, ineficaz e que contraria o acúmulo de fórmulas educacionais de moderação construídas durante séculos pela sociedade humana. Aponta para a importância de uma abordagem científica e crítica, que promova a redução de danos como estratégia de prevenção, principalmente em âmbito escolar, mais próxima à realidade e vivência de crianças, adolescentes e jovens.

Introdução

A palavra “educar”, originária do latim *educare, educere*, significando literalmente “conduzir para fora”, tem o sentido atual de transmitir saberes e instruir, mas também de fornecer cuidados necessários ao desenvolvimento (1). Assim, para considerar a educação sobre drogas, estaremos avaliando os sistemas de transmissão e comunicação de padrões de informação e costumes de uma cultura com relação às mesmas, considerados, portanto, fundamentais para a formação do indivíduo e sua adaptação e aptidão social para lidar com essas substâncias.

Em nossa sociedade, as principais instituições sociais que desempenham esse papel educativo/informativo/formativo são: a família e o Estado (através de instituições como a escola, serviços de saúde, e outras políticas públicas), em nível formal, já que se constituem como *locus* especialmente legitimados para a transmissão de conhecimento e formação dos indivíduos; e, em nível informal, a convivência comunitária e espaços de religiosidade.

Além desses, a mídia atualmente também se configura como um instrumento de educação, que pode ser utilizado tanto formalmente (veiculando em campanhas, orientações e chamamentos públicos e de acesso a informações jornalísticas), quanto informalmente, (pelo viés da propaganda) que serve a interesses mercadológicos específicos da própria mídia ou de empresas do setor privado (como as indústrias de álcool, cigarro, etc).

Família, Comunidade e Religião Frente às Drogas

Com a presença constante das drogas no meio natural humano, milenarmente descobertas e exploradas junto com as atividades de culinária e busca de medicamentos para doenças (21), as famílias, as comunidades e as religiões integraram em suas orientações instruções específicas de como lidar com essas substâncias. Para tanto, se utilizam de pressupostos de base cultural/moral para fazer sua “educação sobre drogas”.

Foram esses costumes e hábitos das sociedades, que historicamente, vem ensinando os seres humanos a lidar com as drogas, utilizando prescrições passadas geracionalmente, antes da criação de qualquer lei regulatória sobre qualquer lei regulamentadora dessas substâncias. Ao verificar, como exemplo, as drogas hoje legalizadas na sociedade brasileira, é possível verificar que essas prescrições se baseiam em regras que determinam quem, quando e como o consumo poderá ser realizado:

– **quem usa:** definição de quais indivíduos poderão fazer ou não fazer uso da droga. Exemplo: só adultos, só homens, pessoas não grávidas, etc. Assim, verificamos que o uso de álcool era prioritariamente feito por homens (36) e mal visto para o consumo feminino (60); da mesma forma, o tabaco, usado na forma de rapé, cigarro, charuto ou cachimbos, foi tradicionalmente orientado para ser feito por homens (39), sendo utilizado inclusive por adolescentes para demonstrar que não eram crianças (66); ao mesmo tempo em que hoje é visto como inadequado para uso por menores de 18 anos.

– **quando usa:** definição de situações e momentos em que a droga poderá ser usada. Exemplo: só em festas, em ritos religiosos, em ritos de passagem, etc. Assim temos, por exemplo, a utilização do álcool na forma de vinho em missas, ou de champanhes em brindes de festas (casamento, bodas, formaturas, Ano Novo); a oferta de cigarro para adolescentes nos ritos de passagem para a condição de “homem” adulto (66); o uso de uma quantidade enorme de açúcares em doces e guloseimas em diversas festas de comemoração, dado que originalmente o açúcar era considerado artigo de luxo (que só posteriormente se popularizou) (21).

– **como usa:** definição de formas de preparo e doses/posologia de uso da droga, que são transmitidos culturalmente pelo uso de uma série de objetos que induzem a dosagens (16, 46). Assim, há diferentes tipos de recipiente para uso de cafeínas (xícaras de café, chá, cuia de mate), ou para o uso de álcool (caneca e taça de shop, cálices de diferentes tamanhos conforme a bebida, até o pequeno copo de pinga); além de quantidades e formas distintas para o uso do tabaco como cigarro, charuto, cachimbo; o conta-gotas, diferentes tamanhos de colheres, etc. para dosar outras substâncias (27). Paralelamente a cultura ensina orientações comporta-

mentais, como “não misturar destilado com fermentado” quando beber, “comer sempre antes de beber”, etc, induzindo e valorizando, no caso do álcool, o “saber beber”, ou seja, a moderação.

Por isso, famílias e comunidades, com ou sem orientações explicitamente verbais, transmitem saberes educativos fundamentais sobre o uso de drogas, tencionando garantir a boa efetividade no uso das substâncias e, ao mesmo tempo, reduzir riscos à saúde que esses usos poderiam causar. Se pautam basicamente na premissa observada por Paracelso (1.493 -1.541) de que, com relação a drogas, “*nada é veneno, tudo é veneno. A diferença está na dose*” (65).



Já as religiões, guiam suas orientações com relação às drogas locais, historicamente pelos preceitos de moderação (temperança), onde estão presentes nos exemplos das situações de rituais, além, das orientações fornecidas ao indivíduo ou família do crente/adepto. Assim, temos grupos religiosos que toleram o álcool, outros que o abominam completamente; grupos que não questionam o cigarro (23), mas que fazem forte condenação a drogas ilegais como a maconha e o crack; e até, grupos que chegam a banir qualquer substância considerada fonte de prazer, como o açúcar, caso de alguns grupos protestantes americanos do início do início do século XX, que influenciaram, inclusive, para a implantação da Lei Seca, nos Estado Unidos, nos anos 1920 (22).

Fazendo a análise dos discursos e do processo histórico brasileiro, percebe-se que, em geral, até o início do século XX, as famílias eram as principais responsáveis pelo discurso educacional sobre as drogas. Havia uma orientação de autoconsumo de drogas consideradas comuns na sociedade (como o álcool, o tabaco, o açúcar), ponderadas por hábitos e regras familiares; substâncias como a cocaína e o ópio (vindas da Euro-

pa), eram vistas como remédios disponíveis em farmácias para uso geral em situações de necessidade; enquanto isso, substâncias de uso indígena (como a jurema), ou usada por negros e índios (como a *cannabis*), eram mal vistas e mal faladas, por isso eram as que sofriam interferência de políticas públicas condenatórias por parte do Estado, portanto, definidas como indesejadas ou efetivamente combatidas (38).

O domínio da Igreja Católica no Brasil fez com que o álcool nunca fosse alvo de uma orientação discriminatória por instituições religiosas até o crescimento, a partir dos anos 1990, das igrejas evangélicas neopentecostais que o combatiam, assim como combatem as drogas ilegais. Embora a embriaguez fosse considerada como um estado de uso indesejado do álcool pelos católicos, a Igreja só passou a abordar o tema das drogas e do álcool mais enfaticamente em 2001, quando a Campanha da Fraternidade adotou o tema “*Vida Sim, Drogas Não*” (3).

Mídia e Drogas

O rádio, assim como a televisão foram as mídias utilizadas para difusão de diversas drogas legais no Brasil, até a década de 1990. Sem nenhum tipo de restrição, as empresas veiculavam propagandas de seus produtos no cinema, revistas e rádio desde os anos 1930.

Não são desconhecidas as propagandas de cigarro nos filmes americanos, de café (como a televisiva campanha usando música e animação feita pelo Café Seletto, durante a década de 1970), de cigarros (Cawboy do Marlboro, da Lei de Gerson de “*levar vantagem em tudo*” propagada pelos cigarros Vila Rica, também na década de 1970 (23, 52), além da exibição de propaganda em eventos de esporte ou de concentração jovem (Marlboro patrocinando Ayrton Senna e a Fórmula 1, a Souza Cruz patrocinando o festival Hollywood Rock, na década de 1980-1990), até recentemente a propaganda de bebidas (como a peça “*Na-na-na-nã*” produzida com computação gráfica imitando filmes infantis, que veiculava o siri da cervejaria Brahma, veiculada em 2004) (14).

A expansão das propagandas de cigarro a partir dos anos de 1970, utilizando fortemente a televisão, outdoors, jornais e revistas, eventos es-

portivos e de música e associando seus produtos à descontração, modernidade, juventude e ação, coincidiu com a divulgação das primeiras pesquisas sobre os comprovados efeitos nocivos do cigarro (45). Assim, o Estado brasileiro iniciou uma série de restrições às propagandas de algumas drogas legais. Em 1988 entrou em vigor a obrigatoriedade da inclusão nas embalagens dos produtos derivados do tabaco da frase: *“O Ministério da Saúde adverte: fumar é prejudicial à saúde”*. Logo, em seguida, em 1990, a Portaria Federal nº 1.050 (45), obrigou propagandas de rádio, televisões, jornais e revistas, também a incluir frases de alerta sobre os malefícios de uso do cigarro.

Posteriormente, leis editadas pelo Governo Federal em 1996 (Lei nº 9.294) (13) e 2000 (Lei nº 10.167) (10) proibiram a propaganda de cigarros e todos os derivados de fumo de tabaco (em cigarros, cigarrilhas, charutos e cachimbos) e também de bebidas alcoólicas acima de 13gGL, em rádios, televisão, jornais e revistas, limitando a divulgação desses produtos exclusivamente a locais de venda e proibindo a sua associação às práticas dou atividades esportivas ou infanto-juvenis.

Cabe lembrar que a mídia não é só propaganda, portanto, paralelamente a restrição da veiculação de propagandas de drogas legais, a programação jornalística descobriu o poder mobilizador de audiência do tema das drogas, na década de 1990 em diante (62, 64), principalmente após o fortalecimento da política de guerra às drogas adotada no Brasil (18). Assim, o discurso policial e de Segurança Pública de combate às drogas, que propagava a necessidade de caça, o terror e a letalidade das drogas ilegais, passou a ser veiculado. Falar de maconha, de cocaína e, posteriormente do crack e das drogas sintéticas gerava audiência e passou a ser pauta constante dos telejornais, revistas e jornais (33).

Hoje, a regulação da mídia quanto à restrição de propagandas de drogas legais como o álcool e o cigarro está fortemente em vigor no Brasil. Por determinação de uma sentença de 2014 do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, há uma tentativa de restrição a publicidade em rádio e televisão de bebidas com teor alcoólico igual ou superior a 0,5 graus GL, o que incluiria cervejas e vinhos. Porém o Supremo Tribunal Federal vem mantendo a restrição da veiculação apenas para bebidas com teor acima de 13 graus GL. Essas propagandas devem ser exibidas

apenas entre as 21 horas da noite e as 6 horas da manhã, sendo que após as 21 horas tal veiculação só pode ocorrer em programas não recomendados para menores de 18 anos (61). Quanto ao tabaco e suas formas de uso, o Decreto nº 8.262 de 2014 (7), proíbe totalmente a propaganda desses produtos em quaisquer locais. Além disso, desde a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (12), em 1990, conforme o artigo 79, não se pode fazer propaganda de álcool e cigarro em revistas dirigidas a menores de idade (11).

Políticas Estatais Sobre Drogas

As intervenções públicas com relação às drogas, no Brasil, até o início do século estavam preocupadas em reprimir comportamentos de grupos marginalizados, como negros e índios, configurando seus usos e costumes como crimes que afetavam a moralidade social (38).

Medidas visando à saúde pública só foram implementadas no início do século XX, embora, seguimentos da sociedade já fizessem pressão, expressando preocupação com o consumo de álcool, como a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança (37).

Embora a Medicina Ocidental tenha tratado o consumo de bebidas alcoólicas, especialmente o vinho, como aliado terapêutico, sempre reconheceu os perigos do consumo excessivo dessa substância, formulando a análise de seus efeitos no organismo. (22, p.178). Isso motivou a realização de campanhas contra o alcoolismo, realizadas por departamentos de saúde, desde os anos 1950, que alertavam sobre os males físicos provocados pelo álcool que poderia levar até à morte, embora também veiculassem uma associação do estado de embriaguez a comportamentos desviantes, como o crime e a loucura (26).

A partir de 1971, a atenção ao álcool ficou mais evidente, no Brasil, quando a lei determinou que *“atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” causados pela embriaguez passaram a ser criminalizados e punidos psiquiatricamente, em “sanatório para toxicômanos”* (31).

Até então, apenas a cocaína e o ópio haviam sido abolidos, quando o Brasil, após ter aderido à Convenção de Haia, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1911, incluiu a proibição de oferta dessas substâncias em seu Código Penal. A política de controle de venda de drogas em nível internacional, movida pela ONU, passou a ganhar força e se configurar como uma repressão a presença e oferta de drogas, ao ir incluir em sua lista outras substâncias, nas convenções posteriores de 1961, 1971 e 1988 (37), deflagrando desde os anos 1980 a atual política de “guerra às drogas”.

Antes disso, no Brasil, a Lei nº 6.368 de 1976 reforçou o trato da dependência às drogas como um tema médico-psiquiátrico, propondo o tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde e de assistência social. Isso facilitou que o aparato jurídico institucional de controle do uso e do tráfico de drogas se instalasse no país, criando centros de tratamento ligado aos criados Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e Conselho Federal de Entorpecentes (37).

Discursos de Abstinência invadem Espaços de Socialização

Quanto ao álcool e o tabaco, a proibição de sua comercializados para menores de 18 anos foi instituída com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (artigos 81) (12), que passou a incluir também em 2015 a proibição de servir, entregar, fornecer gratuitamente esses produtos a este público (11).

Adotando a regulação da mídia e, posteriormente, a legislação de proteção às crianças e adolescentes quanto aos malefícios do consumo das drogas, as estratégias educacionais passaram a adotar “por transferência” o discurso da abstinência. Campanhas veiculadas há mais de 20 anos, como “*Droga Mata*”, passaram a fazer parte de instituições que têm alcance com o público infanto-juvenil, como associações beneficentes, clubes, grupos da sociedade civil e, atualmente, organizações não-governamentais. O discurso ganhou defensores médicos e educadores,

pautando propostas pautadas em discursos alarmistas propagados pela mídia e com pouca base científica.

Essas iniciativas geraram uma série de entraves, contradições e questionamentos quanto a posturas familiares com relação à competência de educação/proteção das crianças, promovendo denúncias, interdições e disputa de espaço sobre a orientação às drogas, criando desentendimento entre os poderes sociais, as instituições e o próprio pátrio-poder:

“Pai é preso após dar copo de cerveja a filho menor de idade em bar de

Um comerciante de 59 anos foi preso no início da noite desta quarta-feira, depois de ter sido flagrado dando cerveja para o filho, um adolescente de 13 anos, em um bar da região central de Uberlândia (556 km de Belo Horizonte). A atitude do pai foi filmada por uma testemunha, que estava no local”. (Portal UOL, 09/02/2012) (63).

“Pai de um menino de seis anos foi condenado pela justiça de Santana Catarina a cumprir três meses de prisão por oferecer bebida alcoólica à criança” (4).

É possível admitir interferências sobre códigos privados e familiares na educação das crianças e adolescentes? Até que ponto o Estado poderia interferir nas relações de transmissão cultural e geracional das famílias com relação ao consumo das drogas legalizadas? O Estado regular lares além de espaços públicos e comerciais não se constituiria como um totalitarismo? O Estado teria direito de invadir a ordem do privado para impor sua “educação abstêmia”? Essa educação não estaria causando a destruição da milenar cultura das orientações de temperança transmitidas socialmente? Essa postura seria benéfica e realista para adolescentes e jovens? Ou, pelo contrário, terminaria por suprimir importantes regras de conduta e orientação que se perpetuam a centenas de anos, uma vez que são as bases intrafamiliares que solidificam a maior parte dos comportamentos pessoais? Ao omitir-se a “ensinar” os jovens (como, por exemplo, a beber) famílias e pais não estariam deixando que os mesmo fiquem sem orientações e, portanto, expostos a orientações e influência de outros jovens desinformados?

Diversos pesquisadores (27, 32, 59), incluindo membros da Associação Internacional de Redução de Danos, do Centro Internacional de Políticas sobre Álcool, da Federação Mundial de Saúde Mental e da Rede Global de Pesquisa em Saúde Mental e Neurológica. Orientações vem apontando o contrário, que devemos ensinar os jovens a beber corretamente e que isso seria preventivo.

O fato é que atualmente se concentram como modelos de orientação/educação predominante os discursos de abstinência, que adotam o formato prescritivo de como o indivíduo deve agir idealmente, tanto atingindo famílias, como religiões, mídia e também a escola, além da política pública em geral. Esse pouco instrumentaliza a habilidade individual de adolescentes e jovens de construir reflexão individual sólida e questionamentos que lhes possibilitem lidar com a realidade das drogas, a diversidade de uso e a diversidade de opiniões de amigos, colegas e meio social, onde as bebidas, assim como outras drogas, estão presentes e, muitas vezes, adquirem significados diversos (como status de poder, ação, juventude, masculinidade, independência ou mesmo o de simples trabalho), valores aos quais adolescentes e jovens, em geral, almejam.

Para lidar com esse confronto, não raramente, a prescrição adota uma metodologia de amedrontamento, utilizando casos de exceção, com alarde aos casos de dependência ou palestras com “ex-viciados” (20) e, até, de mortes (48), exemplos dramáticos generalizados para convencer sobre os perigos do uso de drogas. Além disso, termina por promover posturas “politicamente corretas” e sem sentido, que desejam banir a lembrança das drogas e sua existência da sociedade, como a iniciativa do Sport Club Internacional de futebol, de banir o cachimbo de seu tradicional símbolo, o saci-pererê (15). Será que realmente, até então, tal personagem do folclore brasileiro promoveu o desejo de crianças e fez aumentar o número de pitadores de cachimbos?

Escola e a Educação Pedagógica frente às drogas

A escola brasileira, principalmente a escola pública, deveria se utilizar de bases programáticas para a educação sobre drogas; ou seja,

aquelas normatizadas em nível nacional, estadual e municipal no país, pelo ministério e secretarias de educação. Por uma questão de adoção do conteúdo de ensino com base científica, adotado desde o início do século XX, os currículos escolares deveriam incluir a abordagem das drogas por esse viés. No entanto, a ausência de preparo dos profissionais para lidar com o tema, assim como, a ausência de orientações e normatizações claras e materiais didáticos produzidos pelo Governo Federal, termina por deixar que a escola e os educadores como reprodutores de discursos de discursos do senso comum, de base moral e midiática, além de situações em que as secretarias locais, ou seja, municipais e estaduais de educação, produzem seus conteúdos com essas mesmas e incorretas bases.

Até início final do século XVIII, as escolas brasileiras eram atreladas a ordens religiosas, em geral jesuítas. Por isso o uso do álcool não era desaconselhado, apenas quando associado à embriaguez e aos maus comportamentos e associados aos pecados da carne, perante os quais deveria ser feita a restrição, tal como o prazer sexual. Com a abertura do ensino público pelo Marques de Pombal deram início os estudos régios, indicados e realizados para meninos em casas de mestres nos maiores centros urbanos do país, criando uma cultura de preceptores que atingiu posteriormente também às mulheres, incluindo menos de 10% da população brasileira (2). Foi após 1889, com a proclamação da República, com o início da industrialização que o estudo foi promovido, movimento encampado pelos propositores da Escola Nova, de 1932, que defendiam o ensino público, gratuito e obrigatório fornecido pelo Estado. Getúlio Vargas irá adotar a proposta no Estado Novo, com o objetivo de modelar o cidadão-trabalhador, mas será só após o Período Militar, de 1964-1985 que essa pedagogia irá ampliar, passando a conviver com escolas particulares que já atendiam a classe média e as elites (50). Por isso, de forma geral, a escola pública não atuou com os temas relacionados às drogas, que eram considerados da educação familiar.

Será a década de 1980, com a difusão de pesquisas sobre uso de álcool e drogas no Brasil, que iniciará iniciativas de enfoque dessas substâncias no ambiente escolar ganhará respaldo. A política expansiva de “guerra às drogas” é encampada por polícias militares estaduais, dando origem à atividade dessas corporações também com adolescentes e

jovens. A partir daí vários profissionais da corporação militar, coronéis, tenentes, bombeiros, etc, passam a visitar clubes, associações e escolas pregando suas orientações; argumentos geralmente pautados no terror, letalidade e importância do combate a essas substâncias.

Assim, entramos no século XX, com exemplos de larga intervenção policial na área de educação frente às drogas. A Divisão Estadual e Narcóticos (DNARC) do Estado de São Paulo, por exemplo, promovia amplamente a campanha “*Denuncie!*”, não apenas entre a população, mas também entre educadores e diretores de escolas. Essa “polícia militante” (24), representada em São Paulo pelo exemplo de atuação do Coronel da Polícia Militar Edson Ferrarini¹, se alia a setores da população de locais periféricos e com grande presença de tráfico, atuando junto a temas que acreditam estar dificultando o trabalho policial, como o universo das drogas. Não é preciso dizer que sua linha de abordagem, defende a forte coerção de usuários e vendedores de drogas, propagando a “concepção sanitária do controle das drogas” que separa usuário e traficante (49, p. 5.490), encarando os primeiros como doentes e vítimas e os segundos como criminosos.

A atuação de DNARCs em todo o Brasil, foram resultado do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), implementado no país em 1992, sob inspiração do *Drug Abuse Resistance Education* desenvolvido desde 1983 pela Polícia de Los Angeles. Aqui já está implementado em 27 estados, com coordenação centralizada no Conselho Nacional de Comandantes Gerais das Polícias Militares e Corpo de Bombeiros Militares, utilizando policiais como educadores que objetivam evitar o envolvimento de adolescentes com drogas através da atuação em escolas, clubes e outras instituições que deem acesso a esses jovens (51). Desta forma, com a ausência de programas educacionais e de orientação pedagógica para a abordagem do tema drogas pelo Ministério da Educação, as escolas públicas brasileiras pouco realizam atividades com relação às drogas e quando a fazem, costumam adotar o modelo policial do ou semelhante ao PROERD, naturalizando o enfoque de que a prevenção às drogas é, igualmente como o seu trato, uma questão da Polícia, ao mesmo

¹ Eleito deputado estadual por São Paulo em 1986, foi sendo reeleito desde então até concluir mandato em 2014.

tempo em que cooperam com a iniciativa de inclusão de membros dessa corporação em suas ações e espaços pedagógicos.

No estado de São Paulo, por exemplo, a associação da questão das drogas com a abordagem policial de enfrentamento ao tráfico associada à violência foi predominante. Desde 1988, com o Decreto nº 28.643 foi criado o Perímetro Escolar de Segurança, definindo áreas do entorno de escolas estaduais que passariam a ser foco de ações policiais, com vigília, afastamento de vendedores ambulantes e pessoas estranhas à comunidade escolar (55). Segundo Pröglhöf (53, p.60), essa visão apresenta o problema como vindo “de fora” da escola, frente ao qual a Polícia Militar deveria agir “visando ao indiciamento dos infratores da legislação”.

Em 1997, o Programa de Segurança Escolar paulista foi ampliado para encampar *“a adoção de toda medida de prevenção geral ao uso e tráfico de drogas, de proteção a estudantes, professores e servidores públicos, assim como à travessia de escolares, nas áreas contíguas aos estabelecimentos de ensino da rede pública estadual”* (56). Desconsiderou quaisquer outras atividades ou programações de cunho educativo-preventivo dessas substâncias que poderiam estar sendo feita pelos próprios alunos. Segundo Pröglhöf (53, p.16):

“...o papel da polícia na implementação do Programa de Segurança Escolar foi transferido para as organizações policiais militares de policiamento feminino e extinguiu-se a Comissão Estadual de Coordenação da Segurança Escolar. Tanto na burocracia escolar quanto nas equipes educativas pensava-se que o tema da violência nas escolas deveria ser tratado a partir de medidas focadas em maior segurança e maior presença de recursos humanos da polícia nas unidades escolares”.

Em 2009, o governo do Estado de São Paulo cria o Sistema de Proteção Escolar e Cidadania (53), implementando diretrizes de atuação das escolas frente aos temas associados à violência. O sistema orienta a adoção de políticas educativas, como a criação dos professores mediadores comunitários e de equipes multidisciplinares para abordagem educativa com o tema com os alunos, mas também repressivas, como a instalação de vídeo-monitoramento para vigilância e a alocação de oficiais da corpo-

ração na Supervisão de Proteção Escolar e Cidadania, órgão criado para este fim dentro da Secretaria de Educação (53, p.16). Esse sistema procurou dar respostas à presença e às ocorrências de tráfico de drogas dentro das escolas, e, segundo Pröglhöf (53, p.44), terminou por se refletir:

“...no enfraquecimento da abordagem de abertura democrática das escolas, dando espaço a medidas como a implementação de rondas escolares e zeladorias, instalação de alarmes e grades, chegando a situações extremas como a alocação de policiais no interior de estabelecimentos de ensino com altos índices de violência”.

Em nível nacional, o primeiro *Plano Nacional da Juventude* estabelece como objetivo a adoção “especialmente no ambiente escolar, [de] medidas mais efetivas contra o comércio de drogas como forma de coerção à violência e de proteção aos Jovens” (5).

Desta forma, o padrão de ação escolar no trato das drogas vem se caracterizando, no Brasil, por ser:

- pautado no modelo policial repressivo que adota estratégias como vasculhar pertences, realizar flagras, realizar a retenção de substâncias, assumir a fiscalização e a vigília de alunos e a denúncia de ocorrências a polícia e Conselhos de Tutelares;
- pouco pautado em pedagogias e estratégias educacionais modernas;
- não abordagem e informação da questão das drogas com relação à prevenção e associação com a saúde mental;
- desconexão com estratégias em vigor proposta ou existentes na rede pública de saúde, incluindo a área de saúde mental e dos seus equipamentos: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). Isso também se repete em caos graves onde já se percebe tendência ou instalação de dependência química;
- promove casos de intervenção policial dentro do espaço escolar, tanto pseudoeducativas, como repressivas.

O próprio *Manual Sistema de Proteção Escolar*, produzido no Estado de São Paulo, em 2009, pela Secretaria de Educação aponta, com re-

lação às próprias drogas legais, a opção de comunicação à família e de denúncia dos alunos à Polícia Militar frente ao uso de álcool (57, p.33-34):

“O álcool é uma droga lícita, mas sua comercialização para pessoas menores de 18 anos de idade é proibida. A embriaguez é contravenção penal, prevista no artigo 62 da Lei Federal nº 3.688/41. Ao identificar um estudante embriagado, a direção da escola deve comunicar aos pais ou responsáveis e, caso o aluno esteja fora de controle, a Polícia Militar (190) deve ser acionada. Em qualquer situação, se o estudante for menor de 18 anos de idade, o Conselho Tutelar deve ser notificado para que sejam tomadas as providências necessárias, inclusive encaminhamentos para tratamento, sempre com acompanhamento dos pais ou responsáveis”.

Em suma, o formato atual das orientações adotadas nas escolas com relação às drogas é prescritivo, verticalizado, exclui o debate científico do uso dessas substâncias e das suas causas sociais, atomizando o problema para o indivíduo (27) e se utilizando de recursos como o amedrontamento, que notadamente não são razoáveis ou eficazes (17, 19, 25, 47), além de não auxiliarem educandos a se preparar para a vida em sociedade (28). Ao mesmo tempo, dão margem ao surgimento de uma série de problemas:

- não padronização de condutas entre as escolas e os próprios educadores;
- utilização do senso comum e valores pessoais para lidar com ocorrências envolvendo drogas no ambiente escolar;
- não realização da problematização das diferentes drogas, formas de uso, etc, incluindo as drogas legais;
- adoção da denúncia, repressão e exclusão de alunos vistos como usuários e/ou traficantes;
- favorecimento da burla, comportamentos escondidos e da adoção da mentira dos alunos;
- insenção de orientações de saúde física, mas principalmente, de saúde mental e estratégias que poderiam minimizar os riscos em caso de uso dessas substâncias.

Enfim, constitui-se enquanto um modelo que promove a violência institucional da escola com relação a seus próprios alunos e não contribui preventivamente e socialmente para a cidadania e a saúde dos alunos, não facilitando que construam posturas críticas e autônomas para lidar com a diversidade de situações que envolvem as drogas legais e as ilegais de sua comunidade e da nossa sociedade em geral. É uma educação que, além de tudo, desconsidera uma característica fundamental dos adolescentes e jovens: sua tendência à busca de uma identidade própria e que irá questionar padrões e incoerências familiares, sociais e dos adultos. É um modelo que crê, erroneamente, que prescrições de comportamento heterônomo dado às crianças, servirão igualmente e serão seguidas pelos adolescentes.

Ao mesmo tempo, o modelo prescritivo de abstenção vem dando margem a criação de regras e até leis que dão margem para situações esdrúxulas, uma vez que generalizam e se pautam na percepção de que posturas escolares facilitam o hábito de beber e, portanto, o alcoolismo. No estado de São Paulo, por exemplo, foi instituída a Lei nº 14.592 (58) que proíbe consumo de qualquer bebida alcóolica no espaço escolar, que terminou por afetar as quermesses e festas juninas tão importantes na cultura brasileira. Abarcou, assim, a proibição da preparação do vinho quente e do quentão, bebidas típicas desses eventos que tem função de agregação da escola com a família e a comunidade. A insanidade da aplicação desta lei é supor adolescentes aprendem a beber e se tornam alcoólicos devido a esses eventos e não perceber que esses ambientes são oportunidades de socialização onde os pais e comunidades introduzem seus filhos no uso pontualmente correto e moderado dessas substâncias.

Por uma nova abordagem educacional: a redução de danos

Em contrapartida à abordagem policial, o Ministério da Saúde vem promovendo outro olhar para a promoção da prevenção de drogas no Brasil. A orientação vem desde a década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids como questão de saúde. Os altos índices de infecção

pelo HIV dos usuários de cocaína injetável fizeram surgir e, com o tempo, fortalecer iniciativas alternativas para a abordagem do tema drogas, inclusive no espaço escolar.

Assim, na década de 1990 (41), quando apareceram casos de infecção por transmissão sexual da doença entre adolescentes e jovens, foram estabelecidas iniciativas de prevenção ao HIV e também orientações sobre sua forma de contágio, também nas escolas (43). Assim, em 1998, dois anos após a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, os *Parâmetros Curriculares de Educação Básica* inclui como obrigatório no currículo escolar, em seu módulo de saúde, o tema das drogas para ser dado de forma interdisciplinar (41), sob uma abordagem mais sociológica de reflexão sobre sua presença quanto às rupturas sociais, mercantilização e de uso.

Os esforços para a redução da epidemia de aids, fizeram com que as estratégias de promoção à abstinência fossem abandonados, frente à complexidade dos comportamentos de uso de drogas, frente aos quais eram necessárias propostas mais efetivas do que o infrutífero discurso de abandono as drogas, sob o qual o trabalho com doenças sexualmente transmissíveis era emergente. Assim surgiu a “redução de danos”, enquanto modelo preventivo, inaugurando a adaptação das prescrições de saúde à realidade comportamental dos usuários de drogas e não ao ideal de abandono do consumo. Com a adoção desse modelo preventivo foi criada uma série de estratégias e técnicas visando à minimização de riscos de saúde: troca de seringas; distribuição de seringas. Posteriormente, com o estudo do uso de outras drogas, como o crack, foram ampliadas propostas de distribuições cachimbos, visando a redução de infecções por hepatites; orientações comportamentais para a redução de overdoses, medidas preventivas visando proteger a saúde de usuários de qualquer droga, independente de sua condição.

Essa visão revolucionou a conduta de saúde sobre usuários de drogas, contribuindo para estabelecer laços com essas populações antes receosas das posturas punitivas e repressivas e, ao mesmo tempo, favorecendo a incorporação de seus saberes e táticas já desenvolvidos para a redução de risco, aproximação de códigos de grupo, linguagem, etc. Desta forma, o universo do uso de drogas se desvendou e foi pos-

sível ouvir seus membros e empoderá-los, até, como multiplicadores e agentes de saúde.

Além disso, a epidemia de aids trouxe a tona a necessidade de abordagem das drogas preventivamente, pelo lado da saúde, e não das estratégias de repressão policial. A Portaria nº 796 de 1992 (43), assinada pelo Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, embora até hoje não atendida em sua plenitude, inaugura essas ações escolares de prevenção, obrigando que todas as escolas do Brasil desenvolvam projetos de prevenção a aids, o que incluía obviamente, suas formas de infecção e prevenção.

Em 1998 (41), com a inclusão do álcool e drogas como conteúdos obrigatórios dos temas transversais, foi estabelecido que a abordagem desses temas deveria ser “ativa” e visando a saúde.

Com o lançamento, em 2003 da *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, pelo Ministério da Saúde (44), a questão dos jovens e adolescentes e a necessidade de educação preventiva passa a ser explicitada, assim como o papel das escolas e educadores.

Em 2007, o Ministério da Saúde lançou a *Política Nacional sobre o Álcool* (8), na qual realça a:

“...promoção de atividades de comunicação, educação e informação sobre as consequências do uso de bebidas alcoólicas. Além disso, o programa prevê a realização de cursos de capacitação de professores para difundir ideias de prevenção em sala de aula, sobretudo em escolas do ensino fundamental e médio”.

Nesse mesmo ano é lançado o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) (42), que orienta:

“...prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, do HIV e da aids, e da educação sobre álcool e outras drogas...”

Em 2011, o SPE (42) é abarcado e substituído pelo Programa Saúde na Escola (PSE) (40) apontando a disponibilidade de recursos para os municípios que quiserem desenvolver projetos escolares.

Esses projetos seguem as diretrizes da “*Política nacional de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*” (44), que pautam a redução de danos como modelo a ser implementado e salienta que :

“A dependência das drogas é transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças.

(...)...requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

(...) Uma nova forma de orientação e educação sobre drogas”.

Cabe lembrar que a Lei nº 11.343 de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreve medidas como a “prevenção do uso indevido”, adotando como princípios, pela primeira vez no país “o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade” e institui como atividades de prevenção ao uso indevido, no Título III (9):

“II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos, comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

XI – a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas”.

Na mesma linha de saúde, o *Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos* (6), elaborado em 2006, atribuir ações programáticas e fundamentadas em princípios de convivência para a construção de uma escola livre de preconceitos, violência, intimidação e punição corporal, incluindo procedimentos para a resolução de conflitos e modos de lidar com a violência e perseguições ou intimidações, por meio de processos participativos e democráticos.

Nesse sentido, uma proposta pautada na redução de danos na educação precisa (28):

1º) estabelecer a prevenção aos não usuários como seu foco, principalmente na escola, realizando encaminhamento de casos de usuários se necessário, uma vez que os adolescentes em sua quase totalidade adentram nas escolas crianças e sem ter feito uso das mesmas. Educadores, assim, assumiriam seu papel fundamentalmente educacional, preventivo, de formação de cidadania e não concentrariam esforços em ser “falsos terapeutas”, “falsos intermediários de família”, “falsos investigadores” ou “falsos resolutores” de problemas associados ao abuso, visto que esses não são papéis de especialidade de sua profissão. Dessa forma, casos pontuais de uso/uso abusivo não seriam mais o foco da intervenção, que apontaria agora para o conjunto da escola e dos educandos, onde os casos problemáticos e minoritários de uso/abuso deveriam ser encaminhados a serviços competentes.

2º) entender de uma vez por todas, que drogas, apesar da condição de ilegalidade de algumas substâncias que remetem a áreas ligadas a Segurança Pública, são um tema iminentemente de saúde, de saúde mental. O seu consumo excessivo ou abusivo, tanto de drogas legais quanto das ilegais traz, em geral, consequências de saúde para o indivíduo que o faz, que necessita encaminhamento para serviços de saúde mental, como se realiza o encaminhamento de qualquer outro problema de saúde.

3º) ancorar orientações preventivas em informações científicas consensuadas por órgão de respeitabilidade da área de saúde, que informam que apenas uma minoria de consumidores se torna dependente. O que confirma as percepções dos alunos e traz a necessidade de um alerta sobre a imprevisibilidade quanto a quem tem o controle de uso, preparando-os com informações de redução de danos para caso experimentem ou façam uso de alguma substância e abordando a característica atrativa e de prazer provocada pelo uso dessas substâncias - que não deve ser negado, mas salientado como um fator para possível descontrole.

4º) prever as várias situações de uso e venda que possam ocorrer em ambientes escolares, criando orientações para encaminhamento desses casos, de forma a prevalecer condutas e protocolos racionalizados e decididos junto a secretarias de saúde, e não julgamentos morais e de ordem pessoal.

5º) realizar o mapeamento de serviços de atenção a saúde e orientação e tratamento do município é imprescindível para que seja feita uma “rede” de atenção para que as condutas orientadas pelos estabelecimentos escolares não seja punitivas ou prejudiciais aos adolescentes, mas sim os ancorem em suas necessidades;

6º) padronizar condutas e protocolos enquanto compromissos dos órgãos dirigentes (secretarias de saúde, educação, assistência social etc), de forma a criar um fluxo autorizado para que os profissionais se guiem e evitem apenas pessoais;

7º) levantar periodicamente e acompanhar projetos preventivos e também os encaminhamentos de caso para evitar não implementação de um modelo agregador e não punitivo;

8º) priorizar a atenção às escolas e a capacitação de educadores para que elaborem planejamento de projetos preventivos para o universo dos alunos, incluindo os temas das drogas legais e socialmente utilizadas;

9º) explicitar essas regras e protocolos consensuados, informando os alunos adolescentes;

10º) por fim, abandonar qualquer conduta polícialasca e não condzente com a função educativa, ou seja, não vasculhar objetos de alunos, não inquirir sobre acontecimentos fora do espaço escolar, não ameaçar e não se posicionar contra o aluno, mas junto com o aluno, enxergando-o

como ser em desenvolvimento que merece orientações educacionais e encaminhamentos para problemas de saúde mental caso necessário.

Essas condutas são essenciais frente à realidade atual que demonstra que grande parte das escolas contam com conflitos entre educadores e alunos devido ao uso de álcool e drogas (29, 53), locais onde com oportunidade de lidar com uma população em formação e que está na faixa etária de experimentação tanto de bebidas alcoólicas, quanto eventualmente de outras drogas (32, 34).

Considerações Finais

Cabe lembrar que o foco da educação é sempre o educando, portanto não cabe a educadores que substitua a postura de segurança pública nas comunidades em que atua. Efetivamente existem comunidades com presença de drogas para uso recreativo, em todas há uso de drogas legais. Outras comunidades possuem famílias onde o uso de drogas ilegais é um hábito. Outras comunidades possuem parte de sua população adulta obtendo renda com o mercado de drogas ilegais. Outras comunidades possuem parte de sua população adolescente e infantil ligada à venda de drogas legais e, até ilegais.

Em quaisquer dessas comunidades crianças e adolescentes têm direito à educação e será a escola pública a responsável pela garantia desse direito e inclusão. A escola será a oportunidade desses indivíduos ultrapassarem seus limites culturais, familiares e de conhecimento formal, será uma possibilitadora de habilidades sociais e aporte para um melhor futuro e para a possibilidade de maior cuidado com suas vidas.

Por fim, o objetivo da educação com relação às drogas é adotar ações preventivas, para que os adolescentes e jovens passem pela faixa etária da vida em que se encontram e que está associada à curiosidade, ao afã, a menor noção de consequência, a entradas em diversos ambientes sociais, com o mínimo de males relacionados a essas substâncias. Deve-se querer, inclusive, que, caso vierem a experimentar ou consumir drogas legais ou ilegais (tal como tantos adultos já realizam) o façam dentro de regras de estratégias de moderação e redução de danos, com segurança e evitando usos prejudiciais a si e às suas famílias e comunidades.

Referências

1. 7 GRAUS. **Dicionário etimológico**. Etimologia e origem das palavras. (on line). 2016. Disponível em: <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/educar/>>.
2. ARANHA, M.L.A. **História da Educação e da Pedagogia Geral e do Brasil**. 3ª ed. São Paulo: Moderna, 2008.
3. BIANCARELLI, A. Campanha da Fraternidade combate droga. **Folha de S. Paulo**. São Paulo, 28 de fevereiro de 2001. **Caderno Cotidiano**.
4. BOCÃO NEWS. Pai é condenado por dar vinho ao filho de seis anos. **Bocão News** (on line). Salvador, 23 de setembro de 2012.
5. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 453/2004**. Aprova o Plano Nacional da Juventude e dá outras providências. 2004. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=3D38C48E8640C921A09DB3370D64FE6F.proposicoesWeb1?codteor=253927&filename=PL+4530/2004.
6. BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Plano nacional de educação em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria de Educação e Direitos Humanos, 2007.
7. BRASIL. **Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014**. Altera o Decreto nº 2.018, de 1º de outubro de 1996, que regulamenta a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Brasília, 2014.
8. BRASIL. **Decreto Lei nº 6.117**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6117-22-maio-2007-554436-publicacaooriginal-73043-pe.html>>.
9. BRASIL. **Lei Federal Nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Brasília, 2006.
10. BRASIL. **Lei Nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000**. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, 2000.

11. BRASIL. **Lei nº 13.106**, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente; e revoga o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei das Contravenções Penais. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13106.htm>.
12. BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Brasília, 1990.
13. BRASIL. **Lei Nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 1996.
14. BROK, B.C.; ALBUQUERQUE, M.C.O.; FILGUEIRA, P.H.; GOMES, A.L. As propagandas de cerveja na televisão brasileira: elementos de argumentação e estética para atrair o consumidor. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO (INTERCOM). **XXXI Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Natal, 2008. Disponível em: <http://softwarelivre.org/articles/0003/4776/As_Propagandas_de_Cerveja_na_Televisao_Brasileira.pdf>.
15. BRUM, E. Saci sem cachimbo, lobo sem dente e gente sem pensamento. **Revista Época**, 24/05/2010. (on line). Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI-142334-15230,00-SACI+SEM+CACHIMBO+LOBO+SEM+DENTES+E+GENTE+SEM+PENSAMENTO.html>>.
16. BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMAN, B.C. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. São Paulo: Amgh Editora, Artmed, 1941.
17. CARLINI-COTRIM, B. **A escola e as drogas**: realidade brasileira e contexto internacional. (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1992.
18. CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana. **Rev. Bras. Psiq.**, São Paulo, v.17, n.3, p. 93-101, 1995.

19. CARLINI-COTRIM, B. PINSKY, I. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n.69, p.48-52, 1989.
20. CARLINI-COTRIM, B.; ROSEMBER, F. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n.74, p.40-46, 1990.
21. CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro**, São Paulo, v. 6, pp.115-128, 2002. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/17912742/978919136/name/necessidades+humanas+-+h+carneiro.pdf>>.
22. CARNEIRO, H. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna**. 1ª. ed. São Paulo: Editora SENAC, 2010.
23. CUNHA, L. J. Efeitos do não-verbal sobre o verbal na constituição de efeitos de sentido nas propagandas antitabagistas do Ministério da Saúde. **Revista Ecos**, Cáceres, n.4, p.92-107, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unemat.br/index.php/ecos/article/view/1014/1070>>.
24. CYMROT, D. **Polícia militante: deputados policiais militares na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (1999-2011)**. (Tese). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
25. DORN, N.; MURJI, K. **Drug prevention: a review of the english language literature**. Research Monograph 5. Institute for the Study of Drug Dependence. London, 1992. 46p.
26. FERNANDES, A.N.; BAROLLO, A.T., GUEDES, E.M.S.; MOTTA, R.M.M. **Uma releitura do passado**, ou “os tempos se seguem e parafraseiam-se”. São Paulo: Instituto de Saúde, 1989. Relatório de Pesquisa.
27. FIGUEIREDO, R. Prevenção ao Abuso de Drogas Utilizando Estratégias Culturais de Redução de Danos. **Juventude-br**, São Paulo, n.10, p.49-54, 2010.
28. FIGUEIREDO, R.; MARQUEZINE, I.M.; SANTOS, M.; FREGNANI, L.M.P.; BICO, R.F.; ALMEIDA, N.C. Orientação de prevenção e encaminhamento de casos relativos a álcool e drogas: utilizando a redução de danos como promoção de saúde e prevenção de violências na escola, **Revista do LEVS – Laboratório de Estudos da Violência e Segurança**, Marília, n.14, p.161-179, 2014.

29. FIGUEIREDO, R.; SANTOS, M.; FREGNANI, L. M. P.; BICO, R. F.; ALMEIDA, N. C.; SIQUEIRA, D. M. Ocorrência de violência e drogas envolvendo alunos de escolas municipais de diadema – São Paulo. **Revista do LEVS – Laboratório de Estudos da Violência e Segurança**, Marília, n.10, p.77-106, 2012.
30. FIGUEIREDO, R.; PORTO ALVES, M.C.G.; ESCUDER, M.M.; PUPO, L.R.; SEGRIS, N.J. Uso de álcool e drogas entre adolescentes do Ensino Médio em São Paulo. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n.45, p.41-42, 2008.
31. FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. *In*: VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. (orgs.). *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2005. p.257-290.
32. GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiqu.**, São Paulo, v.22, n., p.31-7, 2004.
33. GOMES, M.R. A Classificação Indicativa no Brasil: Discursos e Práticas Correntes. **Comum. & Soc.**, Lisboa, v.1, p.68-7, 2013. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/cecs_ebooks/article/viewFile/1686/1623>.
34. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **A saúde do aluno do Brasil**. Brasília, 2016.
35. LARA JUNIOR, M.M.; MORELATTO, R.B. Gérson e a Lei de Gérson: utilização do esporte no contraponto da atitude desportiva em comercial de televisão. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO (INTERCOM). **XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Santos, 2007. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2007/resumos/r1112-2.pdf>>.
36. LARANJEIRA, A.R.; AMÂNCIO, L.; PRAZERES, V. Gênero e comportamentos de risco: o corpo e a mente no masculino. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SOCIOLOGIA (APS). **Actas do colóquio internacional Família, Gênero e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas**. Lisboa: APS, 2002.
37. MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da

Justiça à Saúde Pública. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p.801-821, 2007.

38. MACRAE, E.; SIMÕES, J.A. **Rodas de fumo** – o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: EDUFBA, 2000. Coleção Drogas: Clínica e Cultura. Disponível em: <<http://www.giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/24.pdf>>.
39. MCKENNA, T. **Food of the gods** – the search for the original tree of knowledge – a radical history of plants, drugs, and human evolution. New York: Bantam Books, 1993.
40. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola (PSE)**. (on line). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>.
41. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros curriculares nacionais do terceiro e quarto ciclos do Ensino Fundamental** – temas transversais. Brasília: MEC, 1998.
42. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde nas Escolas (SPE)**. (on line). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/projeto-saude-e-prevencao-nas-escolas-spe>>.
43. MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria nº 796**. Veda práticas discriminatórias, no âmbito da educação, a pessoas portadoras de HIV. Brasília: 29 de maio de 1992.
44. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasil, 2003.
45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 1.050 de 8 de agosto de 1990**. Brasília, 1990.
46. MONTOYA, W.P. **Fundamentos de cirurgia anestesiologia**. 2a. edição. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. Disponível em: <http://www.fcv.uagrm.edu.bo/sistemabibliotecario/doc_libros/591%202648%20Fundamentos%20de%20Cirugia-Anestesiolog%C3%ADa-20100824-112950.pdf>.
47. NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.; CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras – 1997**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP/EPM, 1998. 120 p.

48. NOTO, A.R.; GALDURÓZ J.C.F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.145-151, 1999.
49. PEDRINHA, R.D. **Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manuel/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf>.
50. PILETTI, N. **História da Educação no Brasil**. 7ª ed. São Paulo: Ática, 2003.
51. PINC, T.; BECS, C.V.; PRÖGLHÖF, P.O.N. Prevenção ao Uso de Drogas e Imagem da Polícia. Qual é o propósito do PROERD? In PARESCHI, A.C.C.; ENGEL, C.L.; BAPTISTA, G.C. **Investigação criminal e avaliação de políticas de segurança pública**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Segurança Pública 2016. 256 p. Coleção Pensando a Segurança Pública, v.7.
52. PINTO, G. Bem ou mal, as marcas educam! **Revista SPDM**, São Paulo, n.1, p.92-95, 2014.
53. PRÖGLHÖF, P.O.N. **Violência nas escolas e políticas públicas: um estudo sobre a formulação do Sistema de Proteção Escolar e Cidadania**. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2015.
54. *ROUTLEDGE, B.* (editor). **Drinking in context: patterns, interventions, and partnerships**. New York: Taylor & Francis Group, 2004.
55. SÃO PAULO. Governo do Estado. **Decreto nº 28.643, de 3 de agosto de 1988**. Dispõe sobre o estabelecimento de perímetro escolar de segurança. São Paulo: Secretaria de Estado do Governo, 1988. São Paulo: SEE, 1988
56. SÃO PAULO. Governo do Estado. **Decreto nº 41.552, de 15 de janeiro de 1997**. Altera o Programa de Segurança Escolar instituído pelo Decreto nº 28.642, de 3 de agosto de 1988 e dá providências correlatas. São Paulo: SEE, 1997.
57. SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria de Educação. **Manual Sistema de Proteção Escolar**. São Paulo, 2009.
58. SÃO PAULO. **Lei nº 14.592**. Proíbe vender, ofertar, fornecer, entregar e permitir o consumo de bebida alcoólica, ainda que gratuitamente,

aos menores de 18 (dezoito) anos de idade, e dá providências correlatas. São Paulo: 19 de outubro de 2011

59. SIMÃO, M.O.; KERR-CORRÊA, F.; SMAIRA, S.I.; TRINCA, L. A.; FLO-RIPES, T.M.; DALBEN, I. et al. Prevention of “risky” drinking among students at a Brazilian university. **Alcohol & Alcoholism**, Oxford, v.43, p.5, p.608.
60. SOUZA, M.R.R.; OLIVEIRA, J.F.; NACIMENTO, E.R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n.1, p.92-100, 2014.
61. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). STF rejeita omissão na regulamentação de propaganda de bebidas alcoólicas. **Notícias STF**. (on line). Brasília; STF.Juz.Br; 22 de abril de 2015. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=290008>>.
62. SUZIN, R.O.; NEGRINI, M. Reflexões sobre o telejornalismo no horário nobre: um estudo comparativo do Jornal Nacional e do Jornal da Record. **Revista Anagrama**, São Paulo, v. 8, n.1, p.1-13, 2014.
63. TAVARES, R. Pai é preso após dar copo de cerveja a filho menor de idade em bar de Uberlândia (MG). Universo On line (UOL). (on line). Uberlândia, 09/02/2012. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2012/02/09/pai-e-preso-apos-dar-copo-de-cerveja-a-filho-menor-de-idade-em-bar-de-uberlandia-mg.htm>>.
64. TONDATO, M.T. Violência na mídia ou violência na sociedade? A leitura da violência na mídia. **Rev. FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia**, Porto Alegre, v. 1, n.32, p.126-133, 2007.
65. TUOTO, E.A. **Paracelso**. (on line). 2006. História da Medicina. Disponível em: <<http://medbiography.blogspot.com/2006/10/paracelso-paracelsus-incl-selo-stamp.html>>.
66. VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. (orgs.). Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda, 2005. 310p.



Ilustrador

Paulo Diego de Almeida Souza
(Risada)

Paulo Diego, 28 anos (mais conhecido como Risada) é grafiteiro desde os 12 anos de idade, realizando seus trabalhos inicialmente nas ruas da Brasilândia, periferia da cidade de São Paulo, onde nasceu e cresceu, criado pela mãe.

Sua produção foi crescendo, ocupando mais espaços, tomando toda a cidade de São Paulo, quando passou a ser conhecido e reconhecido pelos outros colegas grafiteiros e pelo público no geral. Praça da Sé, Minhocão, Avenida Sumaré, Avenida Paulista, Rua Augusta e outros principais pontos da cidade de São Paulo fazem parte de seu trajeto, que chegou, inclusive, às ruas do Rio de Janeiro, Curitiba, Belo Horizonte e Salvador. Ministrou oficinas e cursos de grafite para adolescentes e jovens, incluindo em situação de liberdade assistida.

Além dos grafites, tem a cenografia teatral como uma de suas maiores paixões, motivo pelo qual se tornou cenotécnico de profissão, ocupando outros espaços na arte. Nos 10 anos que atua na área teatral, realizou diversos espetáculos: no Teatro Oficina, para produtoras como a Manhas e Manias; além de musicais produzidos pela Chain Produções; para o espetáculo *Quartett*, que marcou a comemoração do ano da França no Brasil, em 2005; além de colaborar na atuação de atores de referência como José Wilcker, Jô Soares, Gustavo Machado, Débora Duboc, Eri Johnson, Isabelle Huppert, Mel Lisboa, Catarina Abdala, Marília Pêra, etc.

Hoje também transporta a arte de rua para as telas e passou a usar o lixo como suporte para algumas intervenções urbanas. Expôs no Espaço e Galeria Acolá, na sede da ONG Ação Educativa, em São Paulo, e na “Exposição 400 ml” na *Maison des Metallos*, em Paris.

Na mídia, seus grafites aparecem em vídeos de propagandas de Internet de produtos publicitários e na televisão novelas jornal no Beco do Batman, no bairro da Vida Madalena, em clipes de música da banda Vanguard, de Lourdez da Luz e de Anelis Assumpção. Vários blogs vêm divulgando sua bibliografia e seu trabalho.

Em novembro de 2016 participou de uma coletiva, projeto *In Loco*, da Lar Galeria, em São Paulo, junto a nomes como Chico Chello, Guto Lacaz, Antônio Peticov.

Suas obras refletem personagens da multifacetada miscigenação brasileira, expondo sua diversidade nos traços, nas emoções e nas vivên-

cias. Rostos coloridos sorriem, se movimentam, falam, gritam, marcando presença constante e expressando suas próprias histórias, numa “visão dualista” que opõe nas faces as contradições da sociedade, espelhando o modo como este artista se relaciona com o mundo: um lado de si olhando pra fora e outro olhando para dentro de si.

Essa ambiguidade vem de sua história pessoal, de menino que via colegas da escola descalços, amigos de infância sendo presos, até se dar conta da desigualdade que o rodeava. A partir dessa sensibilidade, conheceu a cultura de rua, com o hip hop, o skate e, finalmente, o grafite, além de constatar que tal desigualdade era maior e estava em toda a sociedade. A maioria dos antigos amigos foram assassinados envolvidos com o crime de roubo ou tráfico, outros morreram de overdose, além dos que estão presos. Dessa vivência que também participou, traz marcas e a experiência profunda que lhe faz continuar trabalhando, como “válvula de escape”.

Para saber mais: Tumblr <http://risada-art.tumblr.com> / Face: <https://www.facebook.com/risada.smile> / Email: plo.diego@gmail.com





INSTITUTO
DE SAÚDE



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO