
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
INSTITUTO DE ECONOMIA
Curso de Especialização lato sensu em Políticas Públicas

**O USO DE DROGAS COMO QUESTÃO SOCIAL: UMA
ANÁLISE DA POLÍTICA DE “ACOLHIMENTO”
COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
USUÁRIOS DE DROGAS NA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO**

ANA CLARA TELLES CAVALCANTE DE SOUZA

ORIENTADORA: Profa. Thula Rafaela de Oliveira Pires

DEZEMBRO 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
INSTITUTO DE ECONOMIA
Curso de Especialização lato sensu em Políticas Públicas

**O USO DE DROGAS COMO QUESTÃO SOCIAL: UMA
ANÁLISE DA POLÍTICA DE “ACOLHIMENTO”
COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
USUÁRIOS DE DROGAS NA CIDADE DO RIO DE
JANEIRO**

ANA CLARA TELLES CAVALCANTE DE SOUZA

Monografia de conclusão do Curso de Especialização lato sensu em Políticas Públicas, apresentada ao Instituto de Economia da UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de especialista em Políticas Públicas.

ORIENTADORA: Profa. Thula Rafaela de Oliveira Pires

DEZEMBRO 2013

As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade do autor

“Pátria amada, o que oferece a teus filhos
Sofridos:
Dignidade ou jazigos?”
Criolo, Lion Man

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sempre em primeiro lugar, à minha mãe, por ser minha eterna fonte de inspiração e incentivo.

Agradeço, também, à professora Thula Pires, pela brilhante orientação e por suas aulas fantásticas.

Devo muito, ainda, à Fabiana Gaspar, por ter aceitado compor a banca examinadora e, especialmente, por, lá atrás, ter acreditado em mim quando nem eu acreditava.

Meus agradecimentos, ainda, à equipe do curso, com menção especial à Luisa Maciel.

Por fim, ao Fabiano, meu companheiro de vida e de sonhos.

RESUMO

Durante o século XX, o Brasil, pautado pelo chamado “proibicionismo”, comprometeu-se com uma série de tratativas internacionais que proíbem a produção, a circulação e o consumo de determinadas substâncias psicoativas. Desde então, é sob esta lógica proibicionista que o país vem formulando políticas públicas sobre drogas ilícitas. O presente trabalho pretendeu analisar, nesse contexto, a política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas levada a cabo na cidade do Rio de Janeiro pela então Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ) durante os anos de 2011 e 2012. Foi objetivo da pesquisa investigar até que ponto essa política pode ser identificada como ação pautada pelas lógicas do tratamento e do cuidado, ambientada, portanto, fora da esfera penal do Estado. A pesquisa utilizou prioritariamente referenciais teóricos da Sociologia e da Criminologia Crítica. Pretendeu-se elaborar, ainda, um rápido panorama das políticas sobre drogas elaboradas em âmbito internacional, bem como uma perspectiva história das políticas públicas sobre drogas desenvolvidas no Brasil. Para tal, o estudo requereu pesquisa a partir de duas linhas metodológicas: a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. Com base no que foi estudado, entendeu-se que, embora a referida política esteja identificada administrativamente como ação de Assistência Social – vinculada, na cidade do Rio de Janeiro, à então SMAS/RJ –, na prática, ela se inseria em uma política mais ampla de controle (via proibição) de drogas ilícitas que, executada nacional e internacionalmente, tem como base a repressão penal e o controle social. Pôde-se concluir, assim, que a referida política e, de um modo geral, as políticas públicas sobre drogas no Brasil, por estarem sob o guarda-chuva do proibicionismo ocidental, tornam-se impossibilitadas de concretizar as lógicas de terapia, cuidado e autonomia que deveriam estar em sua base, atuando, em realidade, como um braço do sistema penal estatal.

Palavras-chave: Drogas; Proibicionismo; Políticas Públicas; “Acolhimento” Compulsório; Crianças e Adolescentes; Sistema Penal.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

AA	Alcoólicos Anônimos
ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas
CBDD	Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia
CDHC/ALERJ	Comissão de Direitos Humanos e Cidadania/ALERJ
CETAD	Centro de Estudos e Tratamento de Abuso de Drogas
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNS-DST/AIDS	Coordenação Nacional de DST/AIDS
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRESS/RJ	Conselho Regional de Serviço Social/RJ
CRP/RJ	Conselho Regional de Psicologia/RJ
DEGASE	Departamento Geral de Ações Socioeducativas
DPCA	Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
IHRA	International Harm Reduction Association
JIFE	Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD I	Política Nacional Antidrogas
PNAD II	Política Nacional sobre Drogas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTS	Programa de troca de seringas
PT	Partido dos Trabalhadores
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUPERA	Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento
SMAS/RJ	Secretaria Municipal de Assistência Social/RJ
SMDS/RJ	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social/RJ
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde/RJ
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I: POLÍTICAS GLOBAIS DE CONTROLE DE DROGAS ILÍCITAS	12
I.1 Trajetória internacional dos movimentos de criminalização de drogas	12
I.2 Medicalização e militarização no controle de substâncias psicoativas	16
I.3 Efeitos primários e secundários da criminalização das drogas	22
CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL	29
II.1 Do processo de elaboração de políticas públicas	29
II.2 Drogas no Brasil: de uma questão privada a uma questão de políticas públicas	31
II.3 A virada dos anos 90: prevenção, redução de danos e respeito à dignidade humana ...	37
CAPÍTULO III: “ACOLHIMENTO” COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO ..	49
III.1 Caracterização, marcos normativos, práticas cotidianas	49
III.2 Recebimento, questionamentos e críticas	52
III.3 Considerações finais	60
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INTRODUÇÃO

Durante o século XX, o Brasil se comprometeu gradualmente com uma série de tratativas internacionais que proibem a produção, a distribuição e o consumo de determinadas substâncias psicoativas. Juntos, estes marcos normativos conformam um regime internacional de controle de drogas ilícitas que, impulsionado por organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), têm como objetivo final alcançar “um mundo sem drogas” (UNGASS, 1998). Desde então, é sob a lógica da proibição que o país vem formulando uma série de estratégias de abordagem a estas substâncias, e que variam desde ações no âmbito jurídico-penal até políticas públicas pretensamente elaboradas nas áreas da saúde e da assistência social.

O presente trabalho pretende analisar, nesse contexto, a política de “acolhimento compulsório” de crianças e adolescentes usuários de drogas levada a cabo na cidade do Rio de Janeiro pela então Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ). Normatizada pela Resolução nº 20 que, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 27 de maio de 2011, estabelecia o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, esta política determinava, entre outras coisas, os parâmetros de abordagem e recolhimento de crianças e adolescentes que estivessem em situação de rua em período noturno e, ou, que estivessem sob nítida influência do uso de drogas. Caso a segunda situação fosse verificada – e é este o foco do presente trabalho –, o procedimento indicado seria o de encaminhamento compulsório a “abrigo especializado”, uma vez diagnosticada “a necessidade de tratamento para recuperação” (art. 5º, § 3º).

Embora, discursivamente, sua proposta tenha sido a da terapia e de cuidado, a política de “acolhimento compulsório” da então SMAS/RJ encontrou oposição em variadas instituições e organizações da sociedade civil, especialmente no que tange a alegadas violações aos direitos da criança e do adolescente, aos Direitos Humanos e a preceitos constitucionais como o da autonomia e dignidade humanas. Tendo essas críticas em vista, é objetivo da pesquisa investigar até que ponto essa política pode ser identificada, de fato, como ação pautada pelas lógicas do tratamento e do cuidado, ambientada, portanto, fora da esfera penal do Estado. Para tal, o estudo se estruturou em torno de três perguntas norteadoras: (1) o

que guia, em termos de rationale, as políticas públicas sobre drogas nas sociedades ocidentais modernas? (2) Como o Brasil se insere nesse contexto? (3) Como a política de “acolhimento” compulsório se insere nesse contexto?

Após a reeleição de Eduardo Paes para a prefeitura do município do Rio de Janeiro, no final de 2012, o vice-prefeito Adilson Pires (PT-RJ) assumiu o cargo de secretário municipal de Assistência Social, ocupado, anteriormente, por Rodrigo Bethlem. Meses depois, efetuou-se a mudança de nome da secretaria, que passou a se chamar Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS/RJ). A mudança de chefia da secretaria significou, ademais de uma simples troca de comando e de nome, algumas importantes inflexões na forma como se conduziam as políticas sobre drogas, sendo talvez a mais evidente a reformulação e ampliação do projeto Casa Viva, que congregava algumas das principais instituições de abrigo de crianças e adolescentes no âmbito da política de “acolhimento” compulsório¹.

Por esse motivo, e tendo em vista a escassez de bibliografia técnica e acadêmica sobre mudanças tão recentes, decidimos delimitar temporalmente nosso objeto de estudo, a fim de evitar conclusões precipitadas e críticas incompletas. Dessa forma, analisaremos as normas, os discursos e as práticas associadas à política de “acolhimento” compulsório na cidade do Rio de Janeiro no que tange ao período de 2011 a 2012, quando ela ainda era executada pela então SMAS/RJ, e quando iniciamos nossa pesquisa. Ainda que sutis mudanças possam estar em curso, acreditamos que a política de “acolhimento” compulsório constituiu parte importante do paradigma de abordagem do município a questões relativas ao uso de drogas, e por isso julgamos importante estudá-la a fundo, investigando suas premissas e o contexto em que ela se inseria quando foi elaborada.

Cabe, ainda, uma breve observação sobre a escolha do termo “acolhimento”, entre aspas, para tratar da prática de recolhimento e abrigo compulsórios das crianças e dos adolescentes em situação de rua. Como Márcia Elizabeth Gatto Brito (2011) salienta, a expressão “acolhimento” foi largamente utilizada pelo governo municipal do Rio de Janeiro como forma de oposição à terminologia “recolhimento”, adotada, em forma de denúncia, por variados movimentos e instituições de defesa dos Direitos Humanos e das crianças e

¹ De acordo com informações oficiais, uma das principais mudanças foi a integração às ações da SMDS/RJ das políticas de saúde e de educação do município, com o objetivo de construir um serviço que possibilite que os usuários “restabeçam laços, criem memória e reintegrem-se à sociedade” (VIVA RIO, 2013). Os recolhimentos, no entanto, continuam a se dar compulsoriamente, discursivamente respaldados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), segundo fontes extraoficiais. Ainda assim, percebem-se graduais mudanças em relação à abordagem da administração anterior, tanto no número das ações quanto na forma como elas têm sido executadas pelas equipes dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

adolescentes. Escolhemos colocar o primeiro termo em destaque como forma de evidenciar as tensões políticas que o subjazem, bem como as contradições em que entrava o poder público quando reiteradamente utilizava a referida terminologia para designar tudo, menos uma ação de acolhida.

Em termos de metodologia, o estudo desenvolvido requereu pesquisa a partir de duas linhas metodológicas: a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental permitiu o acesso às normas domésticas e internacionais para cumprir o objetivo de caracterização das políticas sobre drogas no Brasil e no mundo. Ainda, foi ferramenta-chave para a análise da política de “acolhimento compulsório” de crianças e adolescentes usuárias de drogas executada na cidade do Rio de Janeiro – como objeto de estudo proposto –, através da leitura de suas diretrizes governamentais e fundamentos normativos, além de relatórios governamentais e não governamentais que versam sobre ela. Por outro lado, por requerer reflexão sobre os dados coletados, a pesquisa bibliográfica proporcionou acesso a obras científicas reflexivas e críticas dos objetos do presente estudo, sobretudo aquelas desenvolvidas no âmbito da Sociologia e da Criminologia Crítica, colaborando, assim, para a construção dos argumentos do trabalho.

Ainda, justificamos nossos esforços de pesquisa com base em duas expectativas. Em primeiro lugar, buscamos contribuir, dentro do campo das políticas públicas, para o reforço de uma prática de reflexão e revisão que acredita ser instrumento essencial para o aperfeiçoamento do trato público às questões cotidianas. Ainda, oferecendo questionamentos e buscando novas perspectivas para a questão, esperamos poder colaborar também para o fortalecimento teórico e analítico das políticas públicas sobre drogas pensadas e praticadas cotidianamente no país.

Por fim, cabe comentar o caminho que percorreremos na busca por respostas às nossas perguntas de pesquisa. No primeiro capítulo, procuraremos delimitar o trajeto histórico do regime internacional de controle de drogas ilícitas, comentando seus principais paradigmas de abordagem, bem como alguns dos aportes teóricos críticos que versam sobre o proibicionismo internacional. No segundo capítulo, buscaremos caracterizar as políticas brasileiras sobre drogas nesse contexto, cabendo, inclusive, uma breve exposição sobre processos de elaboração de políticas públicas. Enfim, no terceiro e último capítulo, passaremos a analisar especificamente a política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro, abordando suas principais normas e práticas, seu

recebimento e suas críticas, e finalizando com comentários e reflexões finais tendo em vista tudo o que foi anteriormente estudado.

Esperamos, com isso, responder de forma minimamente satisfatória aos três questionamentos que guiam nossa pesquisa.

CAPÍTULO I: POLÍTICAS GLOBAIS DE CONTROLE DE DROGAS ILÍCITAS

I.1 Trajetória internacional dos movimentos de criminalização de drogas

Nos anos 2000, a obrigação internacional de controlar o uso, o porte e o comércio de drogas ilícitas já alcançava 95% dos Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), atingindo 99% da população mundial (JIFE, 2009). Por “obrigação”, entendem-se “os compromissos assumidos por tais Estados-nação, através de um conjunto de convenções e tratados internacionais, em controlar dentro e fora de suas fronteiras a circulação de tais substâncias com o objetivo de diluir o uso por suas populações” (SOUZA, 2011, p. 19). O controle internacional de drogas ilícitas, no entanto, é processo recente na história mundial, cuja movimentação normativa data, especialmente, do início do século XX, quando se iniciou a maior parte dos movimentos de criminalização e proibição de determinadas substâncias psicoativas nos Estados nacionais (RODRIGUES, L., 2006).

Atualmente, a sustentação do regime internacional de controle de drogas ilícitas se dá, principalmente, através das três convenções sobre o tema elaboradas no âmbito da ONU, que, na segunda metade do século XX, uniformizaram e deram vida prática às responsabilidades estatais de fiscalização em âmbitos doméstico e global (RODRIGUES, L., 2006). Os primeiros movimentos de coordenação internacional em torno do tema, no entanto, são ligeiramente anteriores a elas e têm como referência a Conferência de Xangai, de 1909, que reuniu as principais potências coloniais europeias, os Estados Unidos e representantes do império chinês com o objetivo de colocar o controle do ópio na pauta das discussões internacionais. Apesar dos poucos efeitos práticos devido ao lobby da indústria farmacêutica europeia, a conferência representou a primeira tentativa de elaboração de um sistema de cooperação internacional em questões sobre drogas, tornando-se inspiração para a 1ª Convenção sobre Ópio de Haia, em 1912 (RODRIGUES, L., 2006).

A Conferência de Xangai deve ser entendida, ainda, no contexto das ambições políticas em torno no continente asiático, especialmente a partir dos Estados Unidos, cuja política externa voltava-se, no início do século XX, para a China (RESTREPO, 2002). Décadas antes,

a Guerra do Ópio (1839-1842) entre China e Reino Unido “[havia] aberto definitivamente o mercado chinês para a entrada maciça da papoula de ópio e seus derivados”, sobretudo aqueles advindos da Índia, ainda sob controle britânico (SOUZA, 2011, p. 20). Por esse motivo, o impulso a uma movimentação internacional de controle do ópio e seus derivados desconstruía um importante vetor de hierarquia de produção entre os Estados europeus e a China e servia, portanto, aos interesses políticos dos Estados Unidos, o principal impulsionador da Conferência de Xangai (RESTREPO, 2002; SOUZA, 2011).

Essa movimentação, no entanto, só veio a se concretizar em um tratado internacional sobre o tema com a Convenção sobre Ópio, de 1912, que restringiu o uso lúdico das substâncias narcóticas – ópio e seus derivados – e também da cocaína, em posição de grande visibilidade nas sociedades ocidentais (RODRIGUES, L., 2006). Junto à Convenção Internacional sobre Ópio de 1925, ela delineou o modelo multilateral de intervenção em questões de drogas que seria consolidado pelas convenções de Genebra de 1931 e 1939 e, mais tarde, pelas três convenções da ONU na forma de proibição. Esses instrumentos normativos também foram importantes para que se justificassem, em nível doméstico, alterações nas legislações estatais, impulsionando a aprovação de leis rígidas sobre controle de drogas nos Estados Unidos, na França e no Reino Unido (RODRIGUES, L., 2006).

Já sobre um aspecto subjetivo, Andrés López Restrepo (2002) nos indica que a construção da proibição internacional de determinadas substâncias psicoativas tem raízes em dois fenômenos em específico que se interrelacionam: o puritanismo de origem protestante, por um lado, e a hierarquia social e racial existente nos Estados Unidos, por outro. Em relação ao primeiro, Restrepo diz que o movimento gradual de controle e proibição de determinadas substâncias psicoativas teve influência direta do protestantismo, cuja moral religiosa se baseava em preceitos de sobriedade e abstinência. O autor explica que a ocorrência desse fenômeno não é exclusiva aos Estados Unidos, Estado marcadamente influenciado política e ideologicamente pela moral protestante, mas também esteve presente nos Estados europeus de denominação luterana, entre eles, os escandinavos; nos Estados Unidos, porém, o extremismo com que a movimentação em direção à proibição foi conduzida levou ao que Restrepo identifica como o atual proibicionismo² estadunidense, hoje difundido em escala mundial.

² No presente trabalho, o proibicionismo será entendido como a ideologia que sustenta a proibição como a melhor forma de lidar com as questões sociais advindas do uso problemático de determinadas drogas, em consonância ao que já foi previamente defendido em SOUZA, 2011.

Já no que concerne ao segundo fenômeno, Restrepo faz correlação direta entre os movimentos em direção à proibição do consumo de determinadas substâncias psicoativas e a relações verticais de poder de base étnico-racial existentes nos Estados Unidos, que concediam a cidadania plena notadamente aos homens brancos, protestantes e anglo-saxões. De acordo com o autor, havia, nos Estados Unidos, uma cidadania “parcial ou recortada”, em que minorias étnicas e religiosas eram excluídas do processo cívico (RESTREPO, 2002, p. 8). Muitas delas, usuárias tradicionais ou culturais de drogas – ou socialmente identificadas como tal –, viram-se moral e socialmente constrangidas pelas investidas penais de controle de substâncias psicoativas ilícitas, levando consigo o rótulo de criminosas.

A conclusão semelhante chega Thiago Rodrigues (2012), que expõe ainda que a afinidade entre o controle de drogas ilícitas e a prática de controle social contra minorias sociais, étnicas ou imigrantes é também verificada em outras sociedades, como a brasileira:

“Nos EUA, esse vínculo, de corte xenófobo e racista, aconteceu com a maconha, identificada com os hispânicos, o ópio com os chineses, a cocaína com os negros, o álcool com os irlandeses e italianos; no Brasil, a heroína, por exemplo, tornou-se um problema de saúde pública quando, nos anos 1910, passou a ser tida como droga de cafetões e prostitutas, enquanto a maconha, vista como substância de negros capoeiras, era associada a um problema de ordem pública já no século XIX (RODRIGUES, 2004; PASSETTI, 1991).” (RODRIGUES, T., 2012, p. 10)

Quando internacionalizado, o proibicionismo estadunidense foi potencializado pelo caráter racista e paternalista da política externa do país, que trabalhava a partir de dois pressupostos específicos: em primeiro lugar, a noção de que tinham o dever de libertar os outros povos do mundo; e, em segundo lugar, o entendimento de que esse dever lhe era imputado porque, como nação branca e anglo-saxã, os Estados Unidos tinham responsabilidade étnico-racial sobre as outras nações (HUNT, 1987 apud RESTREPO, 2002). Essa dupla visão já se via refletida na própria configuração política que delineou a Conferência de Xangai e, mais tarde, as convenções sobre o ópio, servindo a um propósito misto de interferir politicamente nas relações hierárquicas de poder entre China e Reino Unido, por um lado, e amenizar o problema do consumo problemático de ópio por determinada parcela da população chinesa – preocupação da agenda dos grupos missionários protestantes –, por outro (cf. LA FEBER, 1995 apud RESTREPO, 2002).

Em resumo, Andrés López Restrepo afirma que a proibição dessas substâncias

“Permitiu que, nos Estados Unidos, um grupo de brancos e protestantes impusesse sua visão do álcool e das drogas sobre outros grupos. Dessa maneira, o proibicionismo pode ser considerado

como uma forma de racismo, pois, em parte, é resultado da existência de hierarquia social.” (RESTREPO, 2002, p.8)

Uma vez criada a ONU, o controle internacional de drogas ilícitas teve suas “linhas mestras” definidas através de três convenções, claramente influenciadas por um caráter proibicionista (RODRIGUES, L., 2006, p. 39). Segundo Luciana Boiteux Rodrigues (2006), a primeira delas, a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, trazia às políticas estatais de controle de drogas três novidades principais: [1] a instituição em escala internacional e generalizada da obrigação de controle de drogas ilícitas em seus diversos estágios de produção – cultivo, comércio e consumo; [2] a expressa proibição do consumo das substâncias ilícitas para fins não controlados, incluindo o uso religioso ou tradicional; e [3] a delegação primária aos Estados signatários da responsabilidade de incorporação do que na convenção estava previsto. Dessa forma, a convenção concretizava uma abordagem estadocêntrica em matéria de drogas ilícitas, criava uma série de demandas domésticas por serviços de repressão para satisfazer as obrigações convencionadas e, especialmente, dava aval para que os Estados se sobrepusessem em relação aos interesses de suas populações étnicas, incriminando o uso cultural de substâncias naturais de uso tradicional e religioso como o ópio, a folha de coca e a cannabis (SOUZA, 2011).

Como referência, a Convenção adotou um sistema de classificação do controle de drogas a partir de um modelo de quatro listas que designavam tratamento político-legal distinto para substâncias psicoativas de acordo com sua potencialidade de “abuso” e sua possibilidade de uso para fins terapêuticos. Na existência da primeira e inexistência da segunda, a convenção recomendava a adoção de expressa proibição, relacionando as substâncias na Lista I – entre elas, o ópio e seus derivados, a folha de coca, a cocaína e a cannabis. Para controle médico-científico desse sistema, a convenção indicava a Organização Mundial de Saúde (OMS), responsável por sugerir alterações ou, no caso de sugestões advindas de outras partes, dar a palavra final sobre a pertinência científica das argumentações (CONVENÇÃO ÚNICA SOBRE ENTORPECENTES, 1961).

Dez anos depois, em 1971, a ONU impulsionava mais uma convenção sobre o tema, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas. Nesse documento, foram contempladas substâncias psicoativas que não haviam sido controladas pelo instrumento normativo anterior, especificamente aquelas produzidas de maneira industrializada, em laboratório, e que haviam se difundido sobremaneira na década anterior (RODRIGUES, L., 2006). Não por acaso, entrou no rol de substâncias expressamente proibidas o ácido lisérgico, ou LSD, substância

que se acreditava ser largamente utilizada pela classe média jovem e branca dos Estados ocidentais, a mesma que incensava movimentos insurgentes de contracultura e de questionamento político-social (RODRIGUES, T., 2003).

Por último, em 1988, foi posta em cena a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Associando de vez o tráfico de drogas ilícitas ao crime organizado transnacional e posicionando-o como ameaça global, o texto da convenção chamava os Estados-parte a acirrem suas leis penais em direção à repressão não apenas do comércio ilícito, mas também do próprio usuário das substâncias proscritas, que passou a ser expressamente incriminado (RODRIGUES, L., 2006). Além disso, colocava no centro da atuação internacional contra o tráfico ilícito a diminuição da oferta dessas substâncias via erradicação de cultivos ilegais, inaugurando uma década de recorrentes intervenções a Estados “produtores de drogas”, sobretudo os latino-americanos, sob influência dos Estados Unidos.

Não obstante, as três convenções da ONU sobre o tema anunciam não apenas movimentação de cunho normativo e legal em direção à proibição de determinadas drogas, como são também – e especialmente – expressão direta dos processos intersubjetivos de difusão de valores e conhecimento acerca dessas substâncias. Neste trabalho, serão enfocados dois movimentos principais de abordagem a questões sobre drogas que se lançam, ao mesmo tempo, em campo doméstico, regional e global – os processos de medicalização e militarização – que giram em torno do fenômeno das substâncias psicoativas e definem, em grande parte do mundo, o trato público sobre o tema. A próxima seção será dedicada ao detalhamento destes movimentos, a fim de demonstrar como permearam a elaboração e difusão dos três marcos normativos principais em matéria de drogas em âmbito internacional.

I.2 Medicalização e militarização no controle de substâncias psicoativas

O processo de apropriação das questões relativas ao uso de drogas pelo discurso médico é recente, e a própria constituição da medicina moderna como ciência legítima coincide com o período de formulação do fenômeno contemporâneo das “drogas” (ADIALA, 1986 apud FIORE, 2002). Em períodos anteriores, a droga, como substância psicoativa, era manipulada pelo saber médico como objeto de investigação, mas prioritariamente no sentido de busca da cura para males e doenças humanas (RODRIGUES, L., 2006). Conforme nos informa o

antropólogo Maurício Fiore (2002), é apenas no início do século XX que algumas substâncias psicoativas passam a ser entendidas, pela medicina, como “portadoras de potencialidades maléficas, momento em que a própria questão das ‘drogas’ se constitui” (FIORE, 2002, p. 4 – grifos nossos).

A medicalização em torno de questões de drogas acompanha a própria inflexão que ocorria no interior da ciência médica a respeito da definição de patologias relacionadas a essas substâncias (FIORE, 2002). Se, no século XVIII, o uso problemático de substâncias psicoativas era estreitamente associado a aspectos morais, culturais e raciais do indivíduo, já no século XX a dependência química vai ser considerada uma “entidade nosológica específica”, podendo ser diagnosticada separadamente de características pessoais (FIORE, 2002, p. 11). Dessa forma, a medicina passa a identificar na droga o vetor de uma doença, e não na pessoa que a consome, deixando de classificá-la como “usuário-problema”.

No entanto, é especialmente através do estabelecimento do “Estado terapêutico” que a medicina ganha legitimidade exclusiva para tratar, em nome do Estado, da saúde de sua população (ROSEN, 1994 apud FIORE, 2002). Mais ainda, com sua criação, é designada ao próprio aparelho estatal a função de fiscalização e controle de práticas sanitárias não autorizadas pela ciência médica legítima, fenômeno que pode ser observado sobremaneira na dinâmica das políticas estatais sobre drogas. Na contemporaneidade, é o discurso médico o saber autorizado a versar sobre o assunto de drogas, amparado legalmente pelo Estado e discursivamente pelo senso comum (FIORE, 2002).

Rosa Del Olmo (1990) também nos informa que o discurso médico constitui parte importante na construção de estereótipos sobre o uso e o usuário dessas substâncias, contribuindo para o controle social informal que, para a criminóloga, é tão importante para a boa operação do controle social formal – neste caso, o aparelho jurídico estatal. Em conjugação com os discursos dos meios de comunicação e os discursos morais, o discurso médico legitima alguns estigmas sobre o usuário de drogas, notadamente os do “doente” e do “dependente”; “[d]aquele que se opõe ao consenso” – normalmente, jovem; do “viciado” ou do “ocioso”; e daquele que se rendeu ao “prazer proibido” (OLMO, 1990, p. 23-24). Segundo a autora, esses três discursos reforçam e são reforçados, ainda, pelo discurso jurídico que, criminalizador, apoia-se na alegada “periculosidade” dessas substâncias para marcar de vez a diferenciação entre as drogas lícitas das ilícitas; entre os consumidores de umas e de outras; e

também entre o consumidor (o “doente”) e o traficante (o “criminoso”) – movimento que o criminalista Salo de Carvalho (1997) chama de “ideologia da diferenciação”.

A relação entre medicalização e criminalização também é apontada por Fiore (2002), que prossegue afirmando que os discursos médicos acabam legitimando não uma abordagem multidisciplinar a questões de uso de drogas, pautada pela terapia e pelo cuidado, mas sim um arcabouço de entendimento ao fenômeno de cunho moral e biopolítico, adaptado a um conjunto amplo de outros saberes sobre drogas, inclusive aqueles vindos do “senso comum” (FIORE, 2002). Sob o “pretenso objetivo de defender interesses superiores da humanidade”, os discursos médicos sobre drogas dizem resguardar um distanciamento dos diversos aspectos que compõem a questão que não encontra respaldo na realidade (FIORE, 2002, p. 24). Sobretudo, conforme nos dá a entender o trabalho de Maurício Fiore, situam-se em sua relação dialética com a criminalização, legitimando-a permanentemente e por ela também sendo constantemente autorizada.

No processo de internacionalização do proibicionismo estadunidense – que impulsionou a difusão de normas legais nacionais e internacionais de proibição de determinadas drogas –, a medicina teve papel destacado, endossando cientificamente os argumentos a favor do controle e da criminalização internacional sobre essas substâncias. Esse posicionamento pode ser entendido, em parte, como estratégia eficiente dentro do “complexo contexto de disputas” que rondava a consolidação da medicina como saber legitimamente científico (FIORE, 2002, p. 5). Não apenas era objetivo médico a monopolização da manipulação de receitas e remédios, como era interessante, para a estabilização da medicina social, o estigma e a criminalização de condutas da medicina popular, incluindo o uso não médico das substâncias de propriedade psicoativa (FIORE, 2002; ver também RODRIGUES, T., 2007).

Na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, o espírito da medicalização da questão das drogas já estava explicitamente colocado; em seu preâmbulo, a carta a classificava como “um mal grave para o indivíduo e [que] entranha um perigo social e econômico para a humanidade”. Se, por um lado, o saber médico dava legitimidade ao discurso da proibição, amparada em argumentos científicos “confiáveis” e “imparciais”, por outro, a ciência médica era pela proibição internacional definitivamente legitimada – como demonstrado pela centralização do discurso legitimador nas mãos da OMS, responsável pelo controle das listas de substâncias psicoativas. Além disso, seu caráter estadocêntrico suportava o modelo do Estado terapêutico que, visando a preservar nas mãos da medicina o

conhecimento sobre saúde e drogas, demandava ao Estado o dever de coibir qualquer manipulação não médica dessas substâncias.

Sendo assim, tornadas uma questão de saúde pública, as drogas tiveram seus poderes de cura e tratamento discursivamente diminuídos diante de seu alarmado potencial maléfico e destruidor. Nos anos 1960 – que testemunharam a popularização e o alastramento do consumo de maconha e ácido lisérgico pela classe média branca dos grandes centros urbanos –, foi o discurso da medicalização que sustentou a proibição generalizada dessas substâncias, sob o argumento de que estavam contaminando o corpo social (RODRIGUES, 2007; ver também OLMO, 1990). A maconha, por exemplo, que nos Estados Unidos era considerada a “erva assassina” que levava à agressividade e à violência por ser associada à população pobre e de origem mexicana, logo em seguida foi classificada como a “droga do excluído”, que deveria ser controlada para evitar o alastramento da “síndrome amotivacional” entre a juventude branca (OLMO, 1990, p. 36).

Em 1972, ainda, foi adicionado à Convenção Única um protocolo de emendas que, de maneira geral, robustecia as medidas de prevenção à produção, ao tráfico e ao uso de drogas ilícitas. No entanto, reforçava também a necessidade de abordagem ao uso abusivo dessas substâncias pela via terapêutica, abrindo aos Estados a possibilidade de conjunção ou substituição das penas privativas de liberdade por sentenças de reabilitação do uso de drogas (RODRIGUES, L., 2006). Dessa forma, “tal Protocolo reforçava o status do consumo de entorpecentes como conduta a ser legalmente perseguida pelo Estado – seja por seu aparato policial-penal, seja por seu aparato sanitário –, e confirmava o caráter de problema de saúde pública que foi impingido ao uso de drogas.” (SOUZA, 2011, p. 24 – grifos da autora).

O discurso da medicalização das drogas ilícitas, portanto, guarda relação estreita com o próprio fenômeno da criminalização e não pode ser entendido separadamente dele. Conforme nos mostra trabalhos como o de Maurício Fiore (2002) e Rosa Del Olmo (1990), medicalização e criminalização são duas concepções dinâmicas, que operam simultaneamente na construção de saberes e debates sobre o tema e que se reforçam mutuamente. Dentro desta dinâmica, o saber médico é fundamental para a classificação do lícito e do ilícito e para a decisão sobre quais tipos de uso devem ser permitidos e quais devem ser proscritos.

Luciana Boiteux Rodrigues, ao falar sobre o binarismo entre drogas legais e ilegais, deixa clara a contradição em que entra o “discurso oficial médico”, que legitima um duplo padrão de tratamento jurídico a substâncias não tão diferentes entre si:

“A atual política de controle de drogas [...] tem em sua origem aspectos religiosos, econômicos e sociais, muito embora na atualidade seja mais perceptível o discurso oficial médico. Não há como se deixar de analisar o quadro dentro de um contexto mais amplo, que leva, na atualidade, à coexistência de drogas proibidas, de consumo semiclandestino, por um lado, e de substâncias “terapêuticas” legais, fabricadas pelas grandes indústrias multinacionais, cuja diferenciação é feita por critérios político-legislativos e sofre a influência de ‘atitudes sociais que determinam quais drogas são admissíveis e atribuem qualidades éticas aos produtos químicos’.” (RODRIGUES, L., 2006, p. 32 – grifos nossos)³

A partir da década de 1970, no entanto, a bibliografia geral sobre o tema começa a apontar uma inflexão no discurso internacional sobre drogas, que iniciava um distanciamento do campo da saúde pública em direção ao da segurança pública (SOUZA, 2011). Na origem dessa transição estava, em especial, o momento político interno por qual passavam os Estados Unidos durante a gestão do presidente Richard Nixon (1969-1974). Em sua campanha à presidência, Nixon adotou como bandeira principal a luta contra a criminalidade e, dentro dela, deu prioridade ao que alcunhou de “guerra às drogas”, transformando-as em alvo dos aparatos de segurança pública e associando seu comércio e distribuição à violência e à criminalidade (FRAGA, 2007).

Nos anos seguintes, sobretudo a partir da gestão de Ronald Reagan (1981-1989) como presidente dos Estados Unidos, a questão do tráfico de drogas foi promovida a assunto de Estado. Embora tenha sido sob o governo Nixon que questões relativas às drogas se tornaram um problema de segurança, foi Reagan quem as fez assunto de Defesa Nacional, impingindo ao combate ao narcotráfico caráter intervencionista e militarizado (FRAGA, 2007). Os anos 1980 testemunharam, portanto, a internacionalização, a partir dos Estados Unidos, da militarização das políticas sobre drogas, que se vê refletida sobremaneira na Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de 1988 (CARVALHO, S., 2001).

Luciana Boiteux Rodrigues (2006) chama a atenção para o uso extensivo de termos bélicos no texto da Convenção de 1988 – associando de vez o comércio ilícito de drogas ao que chamava de “crime organizado transnacional”, a carta priorizava expressões como “guerra”, “combate” e “eliminação”. Com espírito altamente incriminador, a Convenção elencava uma série de recomendações de medidas internacionais de repressão jurídico-penal não apenas às redes responsáveis pelo tráfico de drogas ilícitas, mas aos próprios usuários dessas substâncias, expressamente criminalizados. Como principal estratégia de combate ao narcotráfico internacional, ainda, indicava a diminuição da oferta de drogas pela erradicação de cultivos ilícitos, o que, na prática, abria de vez as portas do regime internacional para

³ Em sua versão original, Luciana Rodrigues indica que a frase entre aspas simples é de autoria de Antonio Escotado (1996).

possibilidades de intervenção militarizada em países produtores de drogas (RODRIGUES, L., 2006).

Internacionalmente, o alvo do combate militarizado é a cocaína – e seu insumo natural, a folha de coca – e os países que, no imaginário popular ou governamental, a “produzem”: notadamente a Bolívia, a Colômbia e os demais Estados ao sul do continente americano (OLMO, 1991). Sob a ideia de que essas substâncias causavam dano ao Estado, à democracia e à comunidade internacional como um todo, foram revistos e transformados os métodos de combate às drogas para abarcar ações de intervenção militarizada internacional nesses espaços (OLMO; 1991; FRAGA, 2007). Legitimando a militarização, ascendeu o discurso de polarização entre Estados produtores e Estados consumidores de drogas, sustentada pela dualidade agressor-vítima e que responsabilizava os primeiros atores pelo flagelo do consumo abusivo de drogas registrado nos demais (RODRIGUES, T., 2007).

Segundo Salo de Carvalho (2001), dentro dos Estados, a consequência da militarização no hemisfério ocidental é a confusão entre questões de Segurança Pública e de Segurança Nacional. Para ele, “o consenso internacional demonstra que o modelo jurídico-político, inserido na esfera do penal/carcerário, seria o de reconhecida eficácia para a eliminação do mal que corrompe e contamina as sociedades livres e democráticas” (CARVALHO, S., 2001, p. 133). Através da definição militarizada do problema das drogas, é permitida, segundo Carvalho, a renúncia a diversos dispositivos legais dentro dos Estados nacionais de proteção do indivíduo, sobretudo na esfera jurídico-penal, com o objetivo da defesa nacional e da proteção à soberania e aos interesses dos Estados:

“A ilusão da erradicação do fenômeno, divulgado pelo discurso central bélico, leva os países periféricos a estabelecerem políticas extremamente repressivas e dissociadas de sua realidade marginal, pois a transnacionalização do controle, por se autoperceber universal, não compreende as autonomias culturais e políticas.” (CARVALHO, S., 2001, p. 142)

Os processos de medicalização – como discurso que baliza a compreensão sobre o uso de drogas nas sociedades ocidentais – e de militarização – como fenômeno que orienta, a partir do final do século XX, as políticas de segurança pública sobre drogas de grande parte dos países do hemisfério – são essenciais, portanto, para a compreensão de como se dá o trato público à questão das drogas no Brasil e no mundo. No segundo capítulo do presente trabalho, será detalhada a forma como, no Brasil, ambas as abordagens conduziram o (não) desenvolvimento de políticas públicas sobre drogas no país. Por ora, cabe ainda trazer algumas abordagens teóricas críticas do processo de criminalização do uso e do comércio

dessas substâncias, que servirão, futuramente, para a própria análise das políticas de acolhimento compulsório executadas contra crianças e adolescentes usuárias de drogas na cidade do Rio de Janeiro.

I.3 Efeitos primários e secundários da criminalização das drogas

Para o sociólogo italiano Alessandro Baratta⁴, a política de criminalização de determinadas substâncias psicoativas é um sistema autorreferenciado, ou seja, “um sistema que se autorreproduz ideológica e materialmente” (1993, p. 197 – tradução livre). Por reprodução ideológica, o autor entende o processo pelo qual cada ator ou grupo de atores de um sistema confirma a imagem que têm da realidade na atitude dos outros atores, estabelecendo uma relação de dependência ideológica uns pelos outros. Já a reprodução material, para Baratta, é o processo pelo qual esse mesmo sistema produz uma realidade cada vez mais parecida com a imagem inicial na qual se baseia e se legitima. Para o sociólogo, é possível entender esse movimento de autorreprodução como uma “profecia autorrealizável”⁵, em que a “reação social criminalizadora” produz a mesma realidade que lhe dá, inicialmente, aval para existir (BARATTA, 1993, p. 199 – tradução livre).

De acordo com Baratta, essa realidade inicial que se autorreproduz é composta, basicamente, por quatro elementos principais: (1) uma relação necessária entre consumo de drogas e dependência (e a noção de que, necessariamente, o uso de drogas mais leves leva ao uso das mais pesadas); (2) a ideia de que os usuários de drogas, em geral, pertencem a uma subcultura diferente da maioria da sociedade, que seria “normal”; (3) a certeza do comportamento antissocial e delitivo dos usuários de drogas, que os impediria de ter uma vida produtiva e que os leva à criminalidade; e (4) a noção de que os usuários de drogas se encontram em um estado de doença psicofísica, em que a dependência é irreversível (BARATTA, 1993, p. 198). Ainda que, segundo o autor, essa primeira imagem não corresponda à realidade – representando, para ele, mais a exceção do que a regra, provada por argumentos científicos –, Baratta diz que, atualmente, a distância entre a imagem inicial do sistema e a realidade dela decorrente tende a diminuir através do mecanismo de autorreprodução. Dessa forma, a própria dinâmica da criminalização cria efeitos parecidos com a imagem inicial – como a marginalização do usuário de drogas, a dificuldade de

⁴ Alessandro Baratta foi um dos principais nomes da Criminologia Crítica, teoria criminológica de orientação marxista que se coloca em contraposição à criminologia tradicional positivista. Em sua importante obra, Baratta se ocupou, entre outras coisas, de demonstrar a perversidade por trás da seletividade do sistema penal, comprometendo-se com a transformação de relações desiguais de poder e da estrutura social (LOPES, 2008).

⁵ Ver Merton (1957).

abordagem sanitária ao uso problemático e a exposição à violência e a drogas mais pesadas – que, em última instância, legitimaram sua existência.

Do ponto de vista da homogeneidade interna, Baratta classifica o sistema de criminalização de determinadas drogas como um sistema fechado, em que o consenso sobre suas políticas se estende por todos os grupos de atores à exceção de uma minoria dissidente, os próprios usuários de drogas (BARATTA, 1993, p. 200). Segundo ele, por ser um sistema altamente homogêneo e resistente a mudanças, ele sustenta uma aparência de estabilidade, em que os atores confirmam, uns nos outros, suas posições favoráveis à política de criminalização. Além disso, a existência de um único grupo desviante, diz o autor, reforça o próprio caráter autorreprodutor do sistema, tornando-se alvo da hostilidade geral que reforça o consenso social sobre a questão. De acordo com Baratta, “isso se verifica sobretudo quando, como no caso do circuito da droga, estamos na presença de um sistema de controle social e a minoria desviada constitui o grupo em relação ao qual se exerce o controle” (BARATTA, 1993, p. 201 – tradução livre).

Nesse sistema fechado, diz Baratta, os meios de comunicação são um elemento determinante, não porque impõem à opinião pública determinada imagem da realidade, mas porque estabelecem, com ela, uma relação de mútuo condicionamento. Nesse sentido, constituem instrumentos fundamentais de autorreprodução ideológica e material do sistema, no sentido da homogeneidade e do consenso. Relação de interdependência é estabelecida, também, com outros grupos de atores, como especialistas, políticos e juristas, que “se reforçam reciprocamente; todos eles desenvolvem tanto no nível real como simbólico a guerra contra o problema da droga, que se dirige essencialmente só contra os consumidores”. (MEUDT, 1977 apud BARATTA, 1993, p. 203 – tradução livre).

Ainda segundo o autor, estabilidade do sistema é sustentada, também, pela realização de pequenas transformações internas que preservam suas principais características. Dessa forma, mínimas mudanças são introduzidas ao sistema para impedir sua desestabilização sem que, necessariamente, transformações de maior grandeza tomem efeito. O autor denomina essas pequenas alterações no sistema como “as mudanças que não mudam” e cita como exemplo as modificações na legislação penal italiana para favorecer o tratamento alternativo a usuários de drogas processados criminalmente, que, segundo ele, na prática não surtem efeito na quantidade de consumidores encarcerados (BARATTA, 1993, p. 205).

Conforme afirma Baratta, sobre essa minoria desviante, recaem, muitas vezes, os efeitos secundários das drogas, isto é, as consequências decorrentes das próprias práticas sistêmicas de criminalização (BARATTA, 1993, p. 205). Alguns desses efeitos, segundo o sociólogo, são a marginalização e o estigma do consumidor dessas substâncias, que não raras vezes estimulam a formação de subculturas e o distanciamento social. Dessa forma, “por conta da repressão e do estigma, a situação psíquica dos dependentes de droga criminalizados se transforma não poucas vezes no sentido do estereótipo hoje dominante”, reproduzindo, como foi apontado anteriormente, uma realidade legitimadora do sistema (BARATTA, 1993, p. 207 – tradução livre). Este processo de estigma e consequente isolamento social, no entanto, não é distribuído igualmente na sociedade, mas concentrado nos grupos em maior desvantagem social, apesar de o uso de drogas ser característico, como o próprio autor aponta, de todas as áreas sociais.

Outro importante efeito secundário do sistema é, para ele, concernente à justiça penal. Segundo Baratta, no campo das drogas, a política criminal ignora, recorrentemente, princípios do direito penal “liberal”, como a ideia de um “direito penal mínimo”, em direção à repressão e à penalização excessiva e injustificadas (BARATTA, 1993, p. 211). As práticas de criminalização do sistema, nesse sentido, favorecem a violação de princípios fundamentais do Estado de Direito e de direitos humanos, que são legitimadas pelo consenso do sistema fechado.

Por último, para o sociólogo, não menos danosos são os efeitos negativos que a criminalização implica a outros sistemas de controle, em especial, o sistema terapêutico-assistencial. Segundo o autor, o sistema de criminalização impõe condições para a prática terapêutica e de cuidado de acordo com lógicas de repressão e de penalização, indo de encontro a métodos científicos mais efetivos. Ainda, influencia negativamente o tipo de relação estabelecida entre os profissionais de cuidado e assistência, por um lado, e o usuário de drogas receptor desses serviços, por outro, construindo um relacionamento baseado na vigilância e no controle, e não na confiança e na livre comunicação. Para Baratta, “na prática, o sistema de tratamento e de assistência está integrado ao da justiça penal”, em vez de oferecer um sistema alternativo de abordagem às questões relativas a drogas (BARATTA, 1993, p. 212 – tradução livre).

Pensamento semelhante ao conceito apresentado por Baratta de extrapolação do sistema penal para outros sistemas de controle está presente na própria obra do filósofo francês

Michel Foucault (2003). Para Foucault, tanto o encarceramento penitenciário, especificamente, quanto o sistema penal, de forma mais ampla, são parte de um sistema difundido de controle punitivo que abrange outras instituições que não apenas a penitenciária, mas também as instituições educacionais, os manicômios, os locais de trabalho. Dessa forma, “as crianças são punidas, os alunos são punidos, os operários são punidos, os soldados são punidos” (FOUCAULT, 2003, p. 65).

A instituições similares o cientista social canadense Erving Goffman dá o nome de “instituições totais”, que define como “o lugar de residência e de trabalho de grupos de pessoas que – amputadas da sociedade por um período considerável de tempo – encontram-se compartilhando uma situação comum, transcorrendo parte da sua vida em um lugar fechado e formalmente administrado” (GOFFMAN, 1961 apud CASTRO, 1983, p. 180). O caráter totalizador dessas instituições, segundo ele, reflete-se especialmente na impossibilidade de intercâmbio e contato social com o mundo externo. Para Goffman, essas instituições totais se manifestam em cinco categorias, resumidas pela criminóloga venezuelana Lola Aniyar de Castro de maneira esclarecedora:

“1. As que buscam a tutela de incapazes não perigosos (cegos, velhos, órfãos e indigentes). **2. As que albergam incapazes que são perigosos para a coletividade, embora não intencionalmente (sanatórios de tuberculosos, hospitais psiquiátricos, leprosários).** 3. Instituições que dizem proteger a comunidade de perigos intencionais contra ela (cárceres, penitenciárias, campos de concentração). 4. Instituições para desenvolver uma atividade, que encontram a sua justificação no nível instrumental (quartéis, navios, colégios, plantações coloniais, grandes fábricas). 5. As que se definem como “separadas do mundo” (conventos, mosteiros etc.) geralmente orientadas para a preparação religiosa.” (CASTRO, 1983, p. 180 – grifos nossos)

Segundo Aniyar de Castro, o objetivo último dessas instituições é a disciplina, em que “pessoas de qualquer natureza devam ser mantidas em controle” (CASTRO, 1983, p. 182). Arquitetonicamente, diz a autora, esse poder disciplinador está organizado na forma do panóptico de Jeremy Bentham, emanando a partir de um núcleo central de controle sobre ramificações variadas de tipos marginalizados. O cárcere, nesse quadro, não é diferente de outras instituições totais que se dispõem ao controle social – as escolas, os asilos, os manicômios – e que constituem os braços de alcance do panóptico, sendo “tão-somente uma das modalidades de controle social, para o qual o sistema penal presta relevante serviço ainda que de forma não exclusiva, uma vez que existem controles punitivos, como certas práticas psiquiátricas [...] que se apresentam formalmente como não punitivas” (ZACCONE, 2007, p. 29).

É importante salientar, ainda, que a razão de ser dessas instituições está intimamente ligada aos interesses do sistema de produção dominante. A disciplina do cárcere – e também o de outras instituições totais – anda lado a lado com a organização capitalista do trabalho da mão de obra disponível, que dá o tom das reformas e contrarreformas penitenciárias (CASTRO, 1983, p. 182). Lola Aniyar de Castro aponta que, no sistema capitalista contemporâneo, a prisão cumpre duas funções específicas: uma “destrutiva”, que aniquila o excesso de oferta de força de trabalho; e uma “produtiva”, que se direciona à reeducação quando há demanda por força de trabalho no sistema de produção capitalista (RUSCHE, 1999 e PAVARINI, 1976 apud CASTRO, 1983, p. 191).

Lola Aniyar de Castro acrescenta ainda que, à medida que o sistema capitalista de acumulação de consolida e se aperfeiçoa, diluem-se cada vez mais as paredes do cárcere como instituição de controle social. Dessa forma, os mecanismos penais, ou punitivos, de disciplina e controle social tendem-se a se difundir capilarmente no território, através da estrutura dos meios de comunicação em massa, da polícia, da assistência social. É a cidade como instituição de controle total, diz a autora, apoiando-se no trabalho de Dario Melossi (1976) – “não se encerram os indivíduos: são seguidos onde estão normalmente encerrados” (MELOSSI, 1976, p. 533 apud CASTRO, 1983).

Seguindo a mesma tradição da criminologia crítica, a historiadora Vera Malaguti Batista (2003) dá a essas funções – a de controle social e de adequação ao processo de acumulação de capital – o nome de funções ocultas do sistema penal (em contraposição a suas funções declaradas). Funções estas que, em países periféricos como os latino-americanos, ganham configuração ainda mais cruel, tornando-se, mais do que aparato disciplinador, um complexo social genocida e etnocida em relação aos setores mais vulneráveis da população, caracterizado por prisões sem condenação, execuções extrajudiciais, presença de grupos de extermínio, aparatos judiciais militarizados (ZAFFARONI, 1991). Segundo Batista,

“Utilizando amplamente o exercício do poder de sequestro e estigmatização, **o verdadeiro e real poder do sistema penal não é o repressor mas o exercício positivo, configurador, simbólico.** Existe uma renúncia expressa à legalidade penal através de um controle social militarizado e verticalizado **sobre os setores mais pobres da população ou sobre os dissidentes.** Esse poder configurador é também repressivo ao interiorizar a disciplina, conformando uma sociedade submetida a uma vigilância interiorizada da autoridade. É fundamental o papel dos meios de comunicação de massa na introjeção dessa ordem verticalizante. Esta vigilância disciplinada, camuflada, não é percebida em nível consciente.” (BATISTA, 2003, p. 54 – grifos nossos)

A partir do que foi brevemente explicitado, pode-se entender, portanto, o sistema penal como um entre variados aparatos sociais que, como “instituições totais”, confundem-se nos objetivos e também nos métodos. A lógica e o poder punitivos, nesse sentido, não apenas não são exclusivos ao cárcere (estando presentes em escolas, instituições psiquiátricas, locais de trabalho), como tendem – como explicou Aniyar de Castro – à capilarização pelo território de maneira a tornar a cidade a instituição total por excelência. Essas instituições, conquanto tenham funções declaradas diversas, ocultam uma razão de ser essencialmente direcionada à disciplina e ao controle social dos marginalizados.

O mesmo movimento de análise pode ser feito para identificar quais seriam as funções declaradas e as funções ocultas da criminalização das drogas que hoje temos como ilícitas – ou, conforme classifica Leonardo Sica (2005), suas funções manifestas e latentes. De acordo com o criminalista, os objetivos declarados da chamada “guerra às drogas” são claros e diretos, compreendendo: [1] a diminuição e a eliminação da difusão das substâncias psicoativas em questão, através de mecanismos de coibição da oferta e da demanda; [2] o resguardo da saúde pública (no campo normativo); e [3] em relação à repressão, a prevenção geral, entendida como “dissuasão e intimidação da coletividade ante a ameaça do rigor da lei penal” (SICA, 2005, p. 9). No entanto, segundo o autor, uma análise que parta da constatação de que nenhum desses objetivos foi minimamente alcançado é capaz de revelar a existência de outras razões para a manutenção de um sistema ineficiente e produtor de variados efeitos colaterais (secundários, como diz Baratta).

Sendo assim, de acordo com Sica, a primeira função oculta ou latente da criminalização de psicoativos é a possibilidade de aumento do controle e da ingerência sobre a população (sobretudo, a marginalizada), manifestada através da aprovação de leis e práticas que violam garantias fundamentais e também da interferência no que ele chama de “último reduto” da soberania nacional: o direito de punir (SICA, 2005, p. 10); exemplos vão da prática cotidiana de busca domiciliar sem autorização judicial, no Brasil, até a estigmatização de grupos sociais “indesejáveis”, como imigrantes, no caso de países europeus. Ainda, o criminalista cita: o silenciamento e a ocultação (por meio da prisão) dos atores que de fato sofrem com o problema, impedindo que a fraqueza do sistema seja manifestada; uma função diversiva e simbólica, que tira o foco de ações mais perigosas ou cometidas por indivíduos ou grupos de interesse com poder; o aparelhamento da ação estatal, facilitando a forma com que o Estado lida com a questão, sem que seja necessária uma análise apurada e específica aos problemas emergentes; e, por último, o lucro financeiro gerado pelo próprio status ilícito do comércio de

drogas proibidas e que injeta enormes somas de capital no mercado através de crimes adjacentes como a lavagem de dinheiro e a corrupção.

Leonardo Sica explica que o modelo adotado gera, no entanto, mais do que a percepção constante de fracasso (em relação a suas funções manifestas, nunca atingidas), consequências sociais práticas que se verificam cotidianamente: obstáculos à implementação de políticas sociais e de saúde de redução de danos (devido ao seu status ilegal); a clandestinização e a marginalização de pessoas e grupos vulneráveis; a adoção de uma perspectiva reducionista (e a impossibilidade, também, de se explorar enfoques outros que tentem corrigir essa falha); e, por último, o funcionamento penal como controlador do índice de preços da droga no mercado negro. Em consonância com o trabalho de Baratta, o autor também deixa claro que os efeitos práticos da proibição não apenas põem um desafio à implementação dos objetivos manifestos do modelo, como, mais ainda, constituem muitos dos próprios problemas que a proibição procura combater. A criminalização, nesse sentido, funciona: mas de acordo com suas funções latentes, tendo as funções manifestas o papel de objetivos de fachada contra os quais é difícil de opor publicamente (SICA, 2005).

Tendo em vista o que foi colocado, partiremos, a seguir, para a análise das políticas públicas sobre drogas desenvolvidas no Brasil a partir do século XX. De fato, é pautado pelo chamado “proibicionismo” internacional que o país vem formulando uma série de políticas públicas sobre drogas ilícitas. Pretendemos, assim, contextualizá-las à luz da trajetória histórica dos movimentos de criminalização de determinadas substâncias psicoativas que ocorriam em âmbito internacional, sem perder de vista, também, os enfoques teóricos críticos abordados no presente capítulo.

CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

II.1 Do processo de elaboração de políticas públicas

O cientista social Klaus Frey (2000), quando fala da fase de percepção e definição de problemas dentro de um ciclo de definição de políticas⁶, reproduz um dos conceitos mais usuais do campo de análise de políticas públicas: um problema analítico só passa a ser considerado um problema de políticas públicas quando se torna relevante dos pontos de vista político e administrativo. Em outras palavras, problemas não se tornam alvo de políticas públicas simplesmente porque existem; para que entrem na agenda de ação governamental, eles precisam ser percebidos como tal por atores política e/ou administrativamente influentes. Ao colocar a questão, Frey e outros autores assumem, portanto, o papel imprescindível das relações políticas de poder para a definição do objeto com o qual uma política pública terá de lidar – e, conseqüentemente, evidenciam a necessidade de estudá-las no campo da análise de políticas públicas.

Quando determinado problema não é entendido pelos atores governamentais como um problema de políticas públicas, tem-se geralmente o que Maria das Graças Rua (1998) chama de uma não decisão. Complementando a conceituação de Klaus Frey sobre a fase de percepção e definição de problemas, Rua esclarece que a não decisão não é a ausência de decisão sobre a inserção de determinada questão na agenda de políticas públicas, mas exatamente a ação política e administrativa de não incluí-la na pauta de ação governamental. A não decisão sobre um problema acontece, segundo ela, especialmente quando existem barreiras culturais e institucionais que impedem sua apreciação, ou quando sua inclusão se opõe a fortes interesses e a arraigados códigos de valores.

Sobre os processos de decisão e não decisão, Klaus Frey chama a atenção para o papel indispensável da mídia e de outras formas de comunicação política e social. Segundo autor, frequentemente são elas as responsáveis por dar relevância política à determinada questão, fazendo com que se tornem um problema de políticas públicas e gerem um ciclo de políticas.

⁶ Tradução livre do conceito de seu famoso conceito de policy cycle.

Percorrendo o caminho lógico inverso, pode-se concluir também que o não tratamento de uma questão como uma de políticas públicas pelos veículos de comunicação – através de um posicionamento claro ou então pela hesitação em abordá-lo – pode, da mesma forma, contribuir para que um estado de não decisão persista, sem que se perceba a necessidade de dar tratamento político a um problema analítico.

Klaus Frey (2000) deixa claro, no entanto, que não somente é importante ao analista de políticas públicas se interessar pelos movimentos de percepção de uma questão de políticas públicas – ou seja, ponderar se, como e quando determinada questão se torna um problema de políticas públicas –, mas também analisar a maneira como ela é definida – quais são suas características, no que consiste. O modo como se define um problema de políticas públicas vai ser, segundo Frey, de fundamental importância para a proposição e posterior escolha de soluções a ele na fase de elaboração de programas. Para Maria das Graças Rua (1998), essa relação direta se dá porque é no processo de definição do problema que se caracterizam as questões relacionadas a ele, ou seja, as outras demandas que também estarão em jogo e que deverão ser abordadas politicamente caso se decida por incluir o problema na agenda governamental.

Tanto Frey quanto Rua assumem que na fase de elaboração de programas sobre uma questão – ou de “formulação de alternativas”, como classifica a última autora – estão em disputa diferentes concepções políticas sobre a melhor maneira de solucioná-la. Dessa forma, as relações políticas de poder e as barreiras culturais e institucionais presentes durante o processo de percepção e definição de um problema de políticas públicas também têm papel decisivo na definição de ações e políticas para abordá-lo. Mais ainda, segundo Frey, não raramente um programa de soluções para a questão já foi antecipadamente negociado entre os atores políticos mais relevantes durante a fase de percepção e solução de problemas – dando margem para que se questione se, em determinadas situações, a própria percepção e definição de um problema de políticas públicas não vem a partir de uma necessidade política de emprego de determinada solução.

De uma forma geral, tudo o que foi exposto acima se relaciona ainda com o conceito tradicional, dentro do campo de análise de políticas públicas, de questão social (ver CASTEL, 2003 e ROSANVALLON, 1998). Convencionalmente, define-se questão social como o problema ou a temática social que, a partir de determinado marco histórico, passa a ser entendida pelas autoridades políticas como uma questão que demanda ação governamental. O

conceito de questão social, portanto, já esclarece que o objeto de políticas públicas deve ser previamente percebido e definido como tal a partir de um prisma político-administrativo, podendo sofrer mutações no tempo e no espaço.

A síntese dos conceitos acima apresentados é de especial importância como introdução ao argumento que será apresentado nas próximas seções, uma vez que nos dá base teórica para pensar o processo de inclusão no campo das políticas públicas no Brasil de questões relativas ao uso e ao comércio de drogas. Como brevemente introduzido no capítulo anterior e como será mais bem desenvolvido a seguir, nos últimos cem anos, o governo brasileiro passou a se ocupar gradualmente com o “problema das drogas”, mas a partir de um paradigma iminente jurídico-criminal, sem que tenham sido desenvolvidas, historicamente, políticas públicas consistentes que não envolvessem ou dependessem da repressão penal e da criminalização. Mais ainda, a forma como o problema foi definido – como um mal a ser combatido, ora como doença, ora como ameaça à integridade e à segurança do Estado – deu pouco espaço para que se pensasse o uso de drogas a partir de lógicas de terapia, cuidado e autonomia, tendo-se escolhido, historicamente, um enfoque medicalizado ou militarizado de lidar com as drogas no Brasil.

Ainda, uma importante contribuição desta literatura é precisamente a forma como ela recoloca a política nas políticas públicas. Nesse sentido, devemos transpor a ideia de que o processo de elaboração de políticas públicas é um fenômeno técnico, científico e despolitizado para entendê-lo como território de constantes tensões e disputas políticas. Por esse motivo, esta breve revisão nos ajudará a dar sentido à trajetória histórica de construção de políticas públicas sobre drogas no Brasil, entendendo a forma como, gradualmente, o uso de determinadas substâncias psicoativas deixou de ser assunto de âmbito privado dos indivíduos, tornando-se, por um lado, uma questão de segurança pública e nacional e, por outro, um tema de políticas públicas. É sobre isso que nos debruçaremos a seguir.

II.2 Drogas no Brasil: de uma questão privada a uma questão de políticas públicas

No Brasil, as primeiras movimentações expressivas de criminalização do uso, do porte e do comércio de determinadas substâncias psicoativas datam do final do século XIX (CARVALHO, S., 1997). Esse processo começa a tomar força a partir do início do século seguinte, incentivado pela preocupação estatal com a “onda da toxicomania” que, vinda do

continente europeu, difundia-se pela classe intelectual do país através de substâncias como o ópio e o haxixe (CARVALHO, S., 1997, p. 20). Consta que a primeira lei específica sobre drogas no Brasil é o decreto 4.294 de 6 de julho de 1921, que, entre outras coisas, dispunha das penalidades para a venda de substâncias como a cocaína, o ópio e a morfina e criava um estabelecimento para a internação de usuários de álcool e outras drogas psicoativas (CARVALHO, J., 2011; ver também MORAIS, 2005).

Como nos informa o pesquisador Paulo César Morais (2005), essa normativa é substituída, pouco mais de uma década depois, pelo decreto-lei 24.505, de 1934, consolidando a criminalização do uso e comércio de substâncias psicoativas em termos semelhantes ao que vemos atualmente. Para alguns estudiosos, no entanto, é em 1936 que se distingue de maneira mais expressiva o impulso pela criminalização de substâncias psicoativas como uma forma de luta contra a dependência química no Brasil, através do Decreto 780⁷, que criou a Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes (GRECO FILHO, 1995 apud CARVALHO, S., 1997; CARVALHO, J., 2011). Fato é que nesses marcos normativos da primeira parte do século XX via-se a influência direta de legislações estrangeiras e internacionais sobre o tema, especialmente, dos Estados Unidos, do Japão e das convenções internacionais, que penetravam sobremaneira na opinião pública (MORAIS, 2005; CARVALHO, J., 2011).

Dessa forma, como mostra o criminalista Salo de Carvalho (1997), já em 1938 está presente um processo de ajuste das políticas domésticas de controle de drogas ilícitas do Brasil a um modelo internacional de conduta penal sobre substâncias psicoativas, a partir do Decreto-lei 891, de elaborado de acordo com a Convenção de Genebra de 1936. A Convenção se insere em um contexto mais amplo de internacionalização da criminalização de substâncias psicoativas que, no âmbito normativo, encontra suas raízes ainda no início do século XX, a partir das Convenções sobre o ópio (RODRIGUES, L., 2006). Esse processo de globalização do controle de drogas ilícitas vai encontrar seu ponto mais intenso através das três Convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1961, 1971 e 1988 que, como visto anteriormente, serão responsáveis por dar uniformidade às políticas sobre drogas da quase totalidade dos Estados nacionais do planeta até o final do século (RODRIGUES, L., 2006; JIFE, 2009).

Leituras históricas das políticas públicas sobre drogas no país dão conta de que a criminalização de determinadas substâncias psicoativas no Brasil se fundamenta, ainda, em

⁷ Posteriormente modificado pelo Decreto 2.953 de 1938.

relações hierárquicas de poder de cunho social e étnico-racial que operavam no final do século XIX e início do século XX. É como assim consideram a criminalização da maconha que, concretizada ainda no período imperial e inserida em um contexto de penalização e repressão a práticas religiosas, lúdicas e culturais da população negra, estaria mais relacionada a tentativas de controle da mão de obra dos escravos – e, posteriormente, dos negros livres em centros urbanos – do que a preocupações factuais com o potencial lesivo da substância (FIORE, 2002; ver também CHALHOUB, 1986, p. 68, cf. indicação do último). Conclusões similares também são encontradas em estudos sobre os movimentos de criminalização de psicoativos em outros contextos nacionais, em que minorias populacionais, sobretudo aquelas de origem imigrante, tinham sua relação tradicional com determinadas substâncias impactada por processos de incriminação – como é o caso dos chineses, irlandeses e mexicanos nos Estados Unidos (ver RODRIGUES, T., 2007).

A relação entre a criminalização de determinadas drogas e motivações políticas de cunho étnico-racial também pode ser verificada quando investigamos o papel que a medicina teve na construção de políticas repressivas a essas substâncias. Segundo Morais (2005), o saber médico do início do século XIX – que, conforme já visto no capítulo anterior, envolvia-se em um complexo campo de disputas políticas para se consolidar como ciência oficial do Estado – era essencialmente racista e etnocêntrico, associando frequentemente características genéticas a “desvios morais”. Nesse contexto, a medicina não raramente apoiava medidas de caráter eugênico e higienista com o objetivo de “doutrinação do ‘povo’” e de conformação a um ideal étnico-racial considerado superior (MORAIS, 2005, p. 178).

De acordo com Morais, então, o “viciado” era entendido, pela medicina do início do século passado, como um desviante em termos morais tanto quanto em termos científicos e psicológicos. Segundo o autor, já naquela época, “o perigo e a perversão estão sempre associados ao viciado, que, por sua vez, é relacionado, efetiva ou simbolicamente, ao comunismo, aos judeus, aos alemães, às camadas populares e aos comportamentos desviantes”, os “indesejáveis” da formação social brasileira (MORAIS, 2005, p. 181). É com o aval (e o impulso) da medicina que, nesse momento, as drogas surgem como problema político, com o qual se deve lidar através de ações repressivas e de controle social em relação a determinadas classes subalternas (SOUZA, D., 1996).

Sendo assim, a criminalização de determinadas drogas contou com expressivo e determinante apoio da comunidade médica, que, ao endossar a criação de uma categoria

criminal para o usuário dessas substâncias, corroborava, segundo Morais, uma visão sobre a questão de caráter mais policialesco e moralista do que técnico e científico. Considerando a si mesmos como “patriotas, desinteressados, cientistas, devotados à saúde pública”, esses atores impulsionavam práticas de disciplina e controle da vida privada e coletiva das populações, como a esterilização e o controle de hábitos higiênicos (MORAIS, 2005, p. 193). O endosso a práticas de repressão e criminalização fica claro nesta passagem da obra *Vícios Sociais Elegantes* (1924), de autoria dos médicos Pernambuco Filho e Aduino Botelho⁸:

"Para boa profilaxia das toxicomanias, torna-se imprescindível o auxílio de leis coercitivas e vigorosas que evitem, de um lado, o derrame comércio-industrial das substâncias perigosas e de outro que assegurem a fiscalização e a punição dos viciados, já por si perigosos ao meio e à sociedade, pelos atos delituosos que possam praticar, já pela faina vangloriada de contaminar os outros" (PERMANBUCO & BOTELHO, 1924, p. 122)

Como nos chama a atenção Morais, Pernambuco e Botelho entendem que a solução para o problema das “toxicomanias” é a aplicação de medidas de criminalização, por um lado, e de educação, por outro – o embrião de um binômio que se reproduz até os dias atuais, através da relação de dependência estabelecida, no âmbito das políticas públicas sobre drogas, entre ações repressivas e preventivas. Sendo assim, como o próprio pesquisador coloca, “punir e amedrontar foram os procedimentos ‘profiláticos’ privilegiados pela medicina para livrar a sociedade dos viciados” (MORAIS, 2005, p. 186). A legislação punitiva, nesse sentido, é entendida como uma parte importante – senão essencial – da própria lógica da prevenção, assumindo caráter pedagógico e moralmente doutrinador⁹.

Ao estudar os discursos médicos sobre o uso de drogas no Brasil, o antropólogo Maurício Fiore (2002) afirma que, ainda que não seja ponto pacífico dentro do próprio campo da medicina e das ciências correlatas, a identificação do uso de drogas como problema de saúde pública é crescente, sobretudo, entre os circuitos midiáticos e acadêmicos, que tendem a incluir e dar protagonismo ao discurso médico quando tratam sobre drogas. Segundo o autor, esse fenômeno é alimentado pela preponderância da medicina como único saber autorizado a tratar a questão – que, por sua vez, também a alimenta. No entanto, Fiore destaca que, ainda que os saberes médicos sejam considerados, no Brasil, como o discurso legítimo para abordar a questão, paradoxalmente eles não foram capazes de penetrar suficientemente no ethos das políticas públicas sobre drogas no país – corroborando a visão da pesquisadora Delma de

⁸ Referência encontrada a partir do trabalho de Morais (2005).

⁹ Para determinados estudiosos, a criminalização para fins pedagógicos ou morais é inconstitucional, uma vez que viola preceitos básicos da Constituição Brasileira que prezam pela pluralidade e pelo respeito à diversidade de credos e opiniões. Para aprofundamento nessa discussão, indicamos, entre outras obras, o trabalho de José Henrique Torres (2009).

Souza (1996) de que, até recentemente, a repressão era o único meio de trato público à questão das drogas no Brasil.

Delma de Souza nos informa que, até o final do século XX, as principais formas de trato público da questão das drogas no Brasil se davam pela via da repressão, instrumentalizada através da criminalização. Segundo Souza, ainda na década de 1990 as políticas públicas sobre drogas eram incipientes e não raras vezes experimentais – sobretudo aquelas de caráter preventivo. A pesquisadora chama a atenção também para o fato de as abordagens públicas às questões sobre drogas no país seguirem uma configuração prioritariamente jurídico-médica, observação que também é feita por Eduardo Vargas (1998), em citação encontrada no trabalho de Fiore (2002), quando fala dos movimentos de proibição de determinadas drogas nas sociedades modernas:

De fato, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; e o criaram por duas vias principais: a da **medicalização** e da **criminalização** da experiência do consumo de substâncias que produzem efeitos sobre os corpos e que, até sua prescrição e penalização, não eram consideradas como “drogas” (VARGAS, 1998, p. 124 apud FIORE, 2002 – grifos nossos)

Conforme já explicitado no primeiro capítulo, a relação dialética entre medicalização e criminalização no processo de controle de drogas ilícitas dentro dos Estados nacionais modernos também encontra eco nas análises das políticas internacionais sobre drogas. Dessa forma, pode-se dizer que as movimentações globais em torno da efetivação da prescrição a determinadas substâncias psicoativas desenvolveram-se, especialmente durante a década de 1980, a partir de um processo duplo de medicalização e militarização, que “tinham em comum o fato de, primeiramente, perceberem as substâncias psicoativas como uma ameaça e, em segundo lugar, justificarem medidas proibitivas e repressivas a partir de tal entendimento” (SOUZA, A., 2011, p. 13; ver também RODRIGUES, T., 2003 e CARVALHO, S., 1998). A militarização, em âmbito internacional, cumpre a faceta repressiva que, em nível doméstico, é executada primariamente pela via da criminalização e do envolvimento da questão na esfera penal do Estado – e, a partir de sua relação com a medicalização, identifica nas drogas ilícitas uma ameaça simultânea à segurança e à saúde públicas (SOUZA, A., 2011).

De fato, o que se vê é que, no campo das políticas públicas sobre drogas no Brasil, estratégias de educação ou prevenção, por um lado, e terapêuticas ou de cuidado, por outro, são coadunadas e, em última instância, subordinadas a ações de repressão. Relembrando o argumento do sociólogo italiano Alessandro Baratta (1993) exposto no primeiro capítulo, em

um sistema autorreferenciado como o da criminalização das drogas, o paradigma punitivo-repressivo extrapola para outros sistemas de controle, como o terapêutico-assistencial e o educativo, o que os torna, na prática, integrados à justiça penal. Sendo assim, até o final do século XX, grande parte dos marcos normativos concebidos pelo Estado brasileiro para lidar com a “questão das drogas” era de cunho jurídico-penal, materializado em leis e decretos que, não obstante tratassem, no discurso, de questões como prevenção e tratamento, tornavam-se mais conhecidos por seus efeitos práticos no campo das penas.

Um exemplo contundente nesse sentido foi a lei 6.368, de 1976, que vigorou até meados dos anos 2000, quando foi substituída pela lei 11.343, de 2006. Chamada, à época, de “Lei de Tóxicos”, a legislação trazia em seu texto disposições sobre medidas de prevenção e repressão, incluindo um capítulo sobre “tratamento e recuperação” e algumas considerações sobre medidas educativas. No entanto, largamente influenciada pelas tratativas internacionais sobre drogas, a lei conservava em si o aspecto jurídico-médico das leis brasileiras anteriores sobre o tema – em que a prevenção do “mal das drogas” era instrumentalizada pela repressão criminal – ao mesmo tempo em que trazia um novo elemento ao contexto brasileiro, de cunho jurídico político – em que a figura do “traficante de drogas” ganhava ênfase como inimigo político a ser combatido:

“No que concerne ao plano político-criminal, mantém-se o discurso médico-jurídico, com a diferenciação básica entre dependente e criminoso e a manutenção dos estereótipos consumidor-doente e traficante-delinquente, instaurando-se, gradualmente, o discurso jurídico-político (plano da segurança) onde surgirá a figura do inimigo, igualmente encarnada no traficante. Percebe-se, nesse ponto, o porquê da excessiva exacerbação da pena ao traficante em relação aos estatutos pretéritos” (CARVALHO, S., 1997, p. 32)

A lei 6.368/76, portanto, foi essencialmente um instrumento legal da repressão de drogas ilícitas mais do que uma normativa de políticas públicas de prevenção, educação e tratamento. De fato, conforme Delma de Souza (1996) aponta, essa é a forma predominante com o qual o poder público lidou com a questão até finais do século passado. Utilizando o conceito de Maria das Graças Rua (1998) exposto na seção anterior, o que dominou a agenda de políticas públicas relacionadas ao uso e ao comércio de drogas até os anos 1990 foi uma série de não decisões, cujo espaço deixado era ocupado pelo paradigma da repressão e da justiça penal.

Sendo assim, embora o “mal das drogas”, em geral, fosse visto como um problema pelo Estado brasileiro, a forma escolhida historicamente pelos tomadores de decisão para lidar com a questão não passava pela lógica das políticas públicas. Ao abordar questões relativas ao

uso e ao comércio de drogas a partir de um viés jurídico-criminal, não apenas se colocavam em segundo plano ações de saúde e assistência social a problemas como o abuso e o uso problemático de drogas, como elas mesmas operavam subordinadas à lógica do sistema penal, atuando como medidas encarceradoras ou disciplinares – e não de cuidado e autonomia – e inseridas em marcos normativos repressivos. Como se verá a seguir, esse quadro começa a apresentar uma sutil inflexão apenas com a virada dos anos 1990, quando novas formas de olhar para as drogas foram incorporadas por atores políticos relevantes.

II.3 A virada dos anos 90: prevenção, redução de danos e respeito à dignidade humana

É a partir do fim dos anos 1980 e, especialmente, do início da década de 1990 que entram no campo de disputas políticas outras formas de se pensar o trato público às drogas que não pela via jurídico-penal e repressiva. No Brasil, esse movimento tem como pano de fundo o próprio processo de redemocratização, que, através da promulgação da Constituição Federal de 1988, implanta um Estado democrático de Direito após duas décadas de violações sistemáticas a direitos civis, políticos e sociais. Tendo como princípio fundamental a promoção da dignidade humana, garantida através da proteção aos direitos e garantias fundamentais e também aos Direitos Humanos declarados em âmbito internacional, a Constituição brasileira acompanha, ainda que tardiamente, um processo internacional mais amplo iniciado após a Segunda Guerra Mundial em que sociedades ocidentais caminharam a passos largos para a inserção explícita de valores e objetivos políticos em suas Constituições – em especial, aqueles associados à dignidade humana, aos direitos fundamentais e aos deveres sociais do Estado (BARCELLOS, 2007).

Ainda em âmbito internacional, é nessa mesma época que se acirram políticas militarizadas de combate às drogas que, perpetradas, sobretudo, em solo latino-americano, têm como principal entusiasta os Estados Unidos. Em meio à intensificação de conflitos armados generalizados em países como a Colômbia e também, de maneira mais focalizada, em grandes centros urbanos da América Latina, paira a constatação do aumento contínuo do consumo de drogas, inclusive no Brasil (ver SOUZA, D., 1996). Segundo Delma de Souza (1996), a alta intolerância da sociedade civil e do Estado que caracteriza o período é, em parte, responsável por intervenções antidrogas concretizadas nos movimentos de massa, ações legislativas, políticas e as campanhas dos meios de comunicação.

Nesse mesmo período, ainda, tornava-se evidente a preocupação governamental e da opinião pública em relação à contaminação de HIV/AIDS, em grande parte relacionada também ao uso de drogas. Pioneiro na abordagem a essa questão a partir de um viés da redução de danos¹⁰ foi a tentativa de implementação do programa de troca de seringas (PTS) na cidade de Santos, em 1989, que contou com forte oposição de atores institucionais – entre eles, do próprio Ministério Público de São Paulo, que conseguiu seu embargo (ANDRADE, 2011). Em 1995, no entanto, efetiva-se o primeiro PTS do Brasil e da América Latina, na cidade de Salvador, a partir de iniciativa Centro de Estudos e Tratamento de Abuso de Drogas (CETAD) e da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia, e com o suporte dos governos federal e estadual (OBID, 2007).

Nesse sentido, os PTS e demais programas de redução de danos seguiam tendência mundial em relação aos cuidados com a contaminação de HIV/AIDS, especialmente entre a população usuária de drogas. Os programas brasileiros, de uma forma geral, recebiam considerável suporte de agências internacionais, entre elas o Banco Mundial e o próprio Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC), que apoiavam ações da então Coordenação Nacional de DST/AIDS (CNS-DST/AIDS) nos mais de 200 programas de redução de danos estabelecidos entre os anos de 1995 e 2003 (ANDRADE, 2011). É nesse contexto que surgem, ainda, importantes associações de sociedade civil e não governamentais de apoio a ações de redução de danos, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

De acordo com o médico e acadêmico Tarcísio Matos de Andrade (2011),

"De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evoluiu para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, têm como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo". (ANDRADE, 2011, p. 4666)

De fato, os PTS desenvolvidos entre a população vulnerável à contaminação de HIV/AIDS, sobretudo a usuária de drogas, não apenas foram pioneiros na execução de políticas de redução de danos no Brasil, como também significaram abertura importante do

¹⁰ O conceito de redução de danos em saúde parte das seguintes premissas: em primeiro lugar, que alguns usuários de drogas não pararão de usá-las, seja voluntária ou involuntariamente; em segundo lugar, que o fato anterior não deve ser impedimento para que eles recebam tratamento adequado em saúde que minimize, sobretudo, os riscos de estarem expostos ao uso. Desse modo, a redução de danos não pressupõe a abstinência do uso de drogas para tratar os usuários e acredita que ensiná-los a lidar de forma mais saudável com o consumo que fazem é mais eficiente do que distanciá-los do sistema de saúde por continuarem consumindo (IHRA, 2010).

poder público a políticas públicas sobre drogas que não dialogassem necessariamente com ações jurídico-penais e repressivas. Como política – em teoria – exclusivamente focada no melhoramento da saúde e do bem estar de seu público-alvo, não pressupunha a criminalização em sua natureza e em sua execução. Ao contrário, a dura forma como essas políticas foram reprimidas pelos mais diversos organismos institucionais – desde o Ministério Público até a Polícia Militar, que as consideravam apologia ao uso de drogas e, portanto, crime – expuseram “os nexos entre intervenção coercitiva e assistencial na área de drogas e a desigualdade interna entre as forças das políticas de segurança e de saúde”¹¹, em que ações de cuidado que não fossem pautadas em um paradigma repressivo eram elas mesmas reprimidas pelo poder público (LIMA & TAVARES, 2012, p. 14).

A partir da segunda metade da década de 1990, no entanto, a CN-DST/AIDS perde protagonismo no campo das políticas de redução de danos no Brasil, a partir de seu progressivo esvaziamento (ANDRADE, 2011). Segundo Tarcísio Matos de Andrade (2011), esse movimento é acompanhado pela emergência da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (SENAD) como atores relevantes de políticas públicas sobre drogas no país. De acordo com o autor, a última foi responsável, entre outras ações, pela criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, pela implantação do Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento (SUPERA)¹² e pelo realinhamento da política nacional sobre drogas ilícitas, em 2005.

A própria criação da SENAD, em 1998, foi reação à pressão da comunidade internacional sofrida pelo Brasil por ocasião da 20ª Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS), feita no mesmo ano, que pedia aos países medidas mais incisivas de controle da demanda de drogas ilícitas (UCHÔA, 2008). A partir dessa sessão, ficou clara a ausência de uma política nacional brasileira para a questão, bem como de um órgão específico para lidar com assuntos relacionados a drogas ilícitas. Sendo assim, após a criação da SENAD, então vinculada diretamente à Presidência da República, foram estabelecidos dois

¹¹ Apesar de concordarmos com o ponto de vista geral das autoras em questão, torna-se necessário ressaltar, no entanto, que, muitas vezes, políticas de segurança e de saúde relacionadas a drogas, em vez de serem concorrentes ou antagônicas, andam juntas e se sustentam mutuamente. Sobre isso, sugerimos consulta à segunda seção deste mesmo capítulo.

¹² Curso de capacitação à distância para profissionais de saúde e assistência social sobre questões relacionadas a álcool e outras drogas.

Fóruns Nacionais Antidrogas, um em 1998 e outro em 2001, que ajudaram a delinear a então Política Nacional Antidrogas (PNAD I), sancionada neste último ano.

Neste mesmo contexto, a partir do ano de 2002, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas avança a implantação e a ampliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), como dispositivo de cuidado à população usuária de drogas em conformidade com as diretrizes pautadas pela histórica Luta Antimanicomial no Brasil (ANDRADE, 2011). Segundo mapeamento feito pelo Ministério da Saúde em 2007 sobre instituições governamentais e não governamentais de atenção a questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, 52,4% das instituições existentes no Brasil até então haviam sido criadas depois do ano 2000, influência da regulamentação dos CAPS (BRASIL, 2007; LIMA & TAVARES, 2012). Ainda, segundo os mesmos números, em relação às instituições criadas entre os anos de 1990 e 1999, a participação percentual de instituições governamentais subiu de 21,5% para 34,2%.

Ainda, em 2003, é criada a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que, em seu texto, reconhece o “atraso histórico” da assunção da responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em tratar questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003, p. 6). A construção desta política foi o ápice de um processo marcado pela “organização de forças políticas de saúde, saúde mental e direitos humanos para preparar um terreno de tomada de posição pelo Ministério da Saúde: assumir o problema drogas como questão de saúde pública” (LIMA & TAVARES, 2012, p. 14). Segundo Ana Regina Machado (2006), ela se insere em um processo histórico favorável marcado por quatro fatores: (1) a própria criação do SUS, a implantação de programas de redução de danos e a reestruturação da atenção em saúde mental, que possibilitaram o surgimento de condições técnicas, políticas e ideológicas, bem como de atores sociais relevantes; (2) a constatação do impacto financeiro, sobretudo no SUS, do tratamento inadequado a questões relacionadas ao abuso e ao uso problemático de drogas; (3) os compromissos assumidos pelo governo brasileiro junto à UNGASS, em 1998; e (4) ao agravamento¹³ de problemas sociais associados ao consumo e ao uso de drogas.

Com a chegada à presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, foi iniciado um processo de realinhamento da política nacional sobre drogas até então vigente. De acordo com

¹³ Embora a autora construa seu argumento a partir da suposição sobre este “agravamento”, consideramos mais adequado tratar o último fator como uma “percepção de agravamento”, dado que consideramos problemática uma afirmação contundente sobre esta questão sem análise mais aprofundada.

o relato de Jorge Armando Felix, então Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República,

“Ao assumir, em 2003, a chefia do Gabinete de Segurança Institucional e a Presidência do Conselho Nacional Antidrogas, recebemos do presidente Lula a desafiante tarefa de construir uma nova agenda nacional para a redução da demanda de drogas em nosso país. Em mensagem ao Congresso Nacional no início do seu primeiro mandato, o presidente deixava clara a nossa incumbência em três pontos principais: primeiro, centrar esforços na integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas; em segundo lugar, descentralizar a ação em nível municipal, permitindo condução local das atividades de redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município; em terceiro lugar, estreitar as relações com a sociedade e com a comunidade científica, permitindo a participação maior desses dois segmentos.” (FELIX, 2008, p. 22)

A partir daí, inicia-se um processo de realinhamento da PNAD I que culmina, em 2005, com a aprovação da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD II), vigente até os dias atuais. Construída através de três momentos de preparação – um internacional, seis regionais e um nacional –, a PNAD II pressupunha o embasamento em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados e na ampla participação social, com representantes do governo federal, dos governos estaduais e municipais, da comunidade científica e de organizações da sociedade civil (BARLETTA et al., 2009). Em seu texto, ainda, contemplava diretrizes para ações em (1) prevenção; (2) tratamento, recuperação e reinserção social; (3) redução de danos sociais e à saúde; (4) redução da oferta; e (5) estudos, pesquisas e avaliações.

O PNAD II representou uma sensível inflexão em relação ao que já vinha sendo feito no incipiente âmbito das políticas públicas sobre drogas – sendo a própria mudança do nome, de plano “antidrogas” para “sobre drogas”, uma sinalização neste sentido. Um de seus mais importantes avanços, ainda, reside na sua clara intenção de promoção de políticas de redução de danos como estratégia de saúde e assistência social, deixando claro, em seu texto, que estas políticas têm amparo constitucional¹⁴ – o que resolvia, ainda que no papel, a controvérsia em torno de sua legalidade. Ainda assim, a PNAD II apresenta pontos sensivelmente problemáticos, que corroboram o status quo repressivo de abordagem a questões relativas a drogas e reproduzem controvérsias históricas.

Em primeiro lugar, os três pressupostos subliminares sobre os quais a PNAD II foi construída – (1) a repressão como meio de reduzir a oferta; (2) a prevenção como meio de reduzir a demanda; e (3) o tratamento e a estratégia de redução de danos como meios de reduzir os problemas sociais e de saúde associados ao uso de drogas – reafirmam o

¹⁴ Cita-se, em específico, o artigo 196 da Constituição Federal, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

condicionamento mútuo entre ações repressivas de cunho jurídico-penal e políticas de saúde e de assistência social, reproduzindo o binômio repressão/tratamento no trato a questões relativas a drogas ilícitas e acentuando a ideologia da diferenciação¹⁵ (ver CARVALHO, S., 1997). Além disso, a PNAD II corrobora o discurso de culpabilização do consumo pelos problemas relacionados a atividades e organizações criminosas, deixando de problematizar a ilicitude dessas substâncias como fator importante para a geração da violência decorrente do mercado negro. Por último, pouco se fala, em sua redação, do papel das drogas lícitas para os problemas sociais e de saúde, diferenciação que se tornou explícita quando, em 2007, criou-se a Política Nacional sobre o Álcool.

Pouco tempo depois, em 2006, é sancionada a lei 11.343, conhecida, à época, como Nova Lei de Drogas. Revogando as duas leis anteriores que versavam sobre drogas ilícitas – a lei 6.368/1976 e a lei 10.409/2002 –, a nova lei foi consequência de reação política imediatamente posterior à entrada em vigor da referida legislação de 2002, que teve grande parte de seus artigos mais inovadores vetada pela Presidência da República (CBDD, 2011). Sendo assim, a lei de 2006 é frequentemente vista como uma tentativa de avançar a flexibilização da legislação de drogas no país em um período mais favorável se comparada à tentativa anterior, não tão bem sucedida.

Nesse sentido, sua principal inovação foi a expressa despenalização – a não designação de penas privativas de liberdade – da posse de drogas para consumo próprio, bem como do plantio para o mesmo fim (art. 28, caput e §1º). Em lugar da privação de liberdade, a nova lei prevê três penas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (idem, incisos I, II e III). Dessa forma, reafirmou-se uma política mais progressista em relação ao consumo de drogas, que não mais poderia ser equiparado ao tráfico como conduta ilícita (CBDD, 2011).

Ainda, segundo a professora Luciana Boiteux Rodrigues (2006),

“Constituem ainda outros aspectos positivos da nova legislação, além da despenalização da posse para uso próprio (artigo 28) e a equiparação a este da conduta do grower, ou seja, quem planta para consumo pessoal (art. 28, § 1o.), a redução da pena para a hipótese de consumo compartilhado de droga ilícita (art. 33, § 3o.), antes equiparada ao tráfico, a previsão expressa do “fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas” (art. 19, III), e o reconhecimento dos princípios da liberdade e da diversidade (art. 4º), que são medidas acertadas por refletirem uma redução do controle penal sobre o usuário de

¹⁵ Explicação mais detalhada sobre essa questão se encontra na segunda seção do primeiro capítulo.

drogas, especialmente se comparadas com a antiga Lei 6.368/76.” (RODRIGUES, L., 2006, p. 2)

Em termos de políticas públicas, importante inovação da lei 11.343/2006 foi a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), responsável, segundo a legislação, por “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com: I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes e drogas; II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas” (art. 3º). Posteriormente regulamentado pelo decreto 5.912, de setembro de 2006, o SISNAD tem como órgão superior “normativo e de deliberação do sistema” (art. 2º) o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Presidido, este último, pelo Ministro da Justiça e composto por membros da SENAD, de diferentes ministérios (entre eles, a Secretaria Especial de Direitos Humanos, o Ministério da Saúde e o de Desenvolvimento Social) e de associações de sociedade civil (juristas, médicos, cientistas, educadores), o CONAD só não prevê a participação de um tipo de associação ou entidade: o que represente os interesses diretos da população usuária de drogas.

Nesse sentido, a lei 11.343/2006 e seus instrumentos normativos subsequentes pareciam trazer novos elementos em dois sentidos: por um lado, em matéria penal, ao despenalizar explicitamente a posse e o cultivo para consumo pessoal e ao acentuar a diferenciação entre usuários e traficantes de drogas ilícitas; e, por outro, no que tange à construção de mecanismos de políticas públicas, ao oferecer uma abordagem mais integrada a questões relacionadas a drogas ilícitas. Não obstante, pode-se constatar que, nessas duas searas, não houve rupturas significativas em relação ao ethos através do qual o poder público historicamente lidou com essas questões. O condicionamento e a sustentação mútua entre políticas de repressão e políticas de cuidado e assistência social ainda é conservada, bem como a ideologia da diferenciação que, se por um lado despenaliza expressamente o consumo, por outro, agrava a pena mínima para a conduta de tráfico de drogas, aumentando-a de três para cinco anos.

Dessa forma, em termos de legislação, temos, ainda hoje, marcos normativos pautados pela eliminação das drogas ilícitas como fim último e, portanto, pela repressão às drogas como principal orientação de qualquer política sobre essa questão. Em última instância, é esta lógica que vai definir o escopo e a natureza das políticas públicas sobre drogas no Brasil, ainda que sejam estas de cunho terapêutico ou assistencial. Isto se torna flagrante ao analisarmos um dos últimos instrumentos políticos lançados em âmbito público sobre drogas

ilícitas: o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, estabelecido pelo decreto 7.179, de 2010.

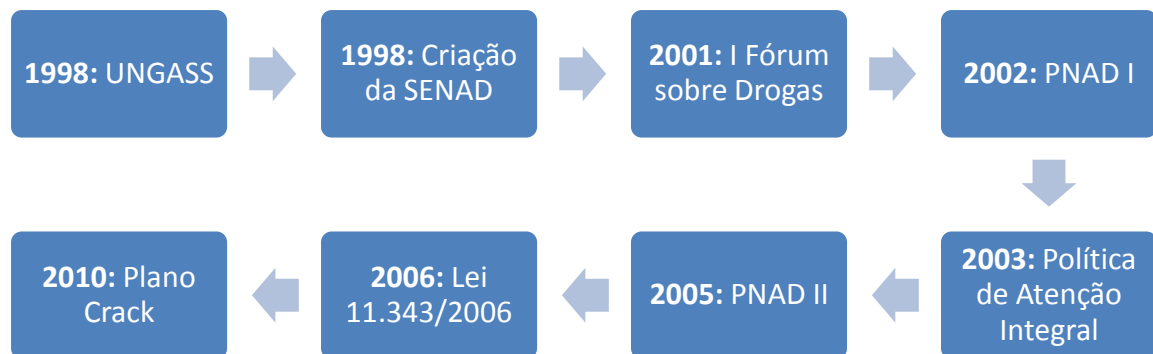


Figura 1: Linha do tempo das políticas recentes sobre drogas no Brasil.

Lançado pelo governo federal em dezembro de 2011 como o programa “Crack: É Possível Vencer”, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas foi criado em um contexto de crescente visibilidade do consumo de crack no Brasil, embora registros de seu uso datem já da década de 1990 (ANDRADE, 2011). O plano é dividido em três eixos que se interseccionam, mas que contemplam, em sua maior parte, ações estratégicas distintas: o da “prevenção”, o do “cuidado” e o da “autoridade” (ver Figura 2). Segundo próprio documento do governo federal, o plano tem como objetivo “construir uma rede, com parceiros comprometidos, para enfrentar o crack e suas consequências”, tendo como referência normativa a lei 11.343/2006 e a criação do SISNAD (BRASIL, 2010, p. 2).



Figura 2: Eixos de ação do programa "Crack: É Possível Vencer" e como se relacionam. Fonte: BRASIL, 2010, p. 7.

No eixo da “prevenção”, o programa contempla, entre outras ações, cursos de capacitação para educadores, lideranças comunitárias e religiosas, profissionais de saúde e assistência social, Comunidades Terapêuticas e profissionais do Direito, financiados com recursos, em ordem decrescente, do Ministério da Justiça, da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Já no eixo do “cuidado”, estão incluídos financiamentos a Consultórios de Rua – que utilizam como estratégia de cuidado a redução de danos –, aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidades de Acolhimento (UA) para adultos e crianças e a Comunidades Terapêuticas, além de cursos de formação e atualização em saúde mental e a criação de enfermarias especializadas para suporte hospitalar em situações de urgência e emergência. Por último, no eixo “autoridade”, estão previstos o fortalecimento do policiamento ostensivo de proximidade e comunitário e a capacitação de profissionais de segurança pública para lidar com questões relacionadas a drogas (BRASIL, 2010).

Segundo Andrade (2011), no entanto, mais de 52,65% dos recursos – ou R\$ 208.632.000,00 – do plano são destinados à criação de leitos em hospitais gerais e psiquiátricos para pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de crack e outras drogas. Embora constitua estratégia importante para abordar situações mais complexas com as quais os CAPS-AD não conseguem lidar, Andrade chama atenção, sobretudo, para as questões problemáticas envolvidas no fortalecimento da lógica de internação em instituições especializadas, como hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas, em detrimento de outros dispositivos de cuidado territorializados e inseridos em redes comunitárias de atenção; priorização esta que se torna evidente quando se constata que os recursos anuais previstos a serviços de acolhimento diurno (estes, não compulsórios) a crianças e adolescentes usuários de drogas era de apenas R\$ 19.600,00 por ponto – menos de R\$ 1.700,00 por mês – e a pontos de arte, cultura e renda, de R\$ 7.743,00 (ANDRADE, 2011, p. 4670). Nas palavras do próprio autor,

“Na contramão deste dispositivo [os CAPS-AD], a proposição de hospitais e centros médicos especializados e de Comunidades Terapêuticas para usuários e drogas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular ao dispositivo CAPS, encontra eco no imaginário popular, o qual sonha com soluções rápidas, e não incomum com o afastamento do convívio social destes usuários.” (ANDRADE, 2011, p. 4669)

De fato, embora o plano contemple diferentes estratégias, as ações que tiveram proeminência, política e midiática, foram aquelas relacionadas à internação, inclusive involuntária e compulsória. Também foi destaque na mídia nacional a previsão de repasse de

financiamento público a Comunidades Terapêuticas, em sua grande maioria, instituições religiosas de internação de usuários de drogas, cujo caráter, em geral, é voluntário – na adesão –, mas restritivo – à saída, a visitas, à rotina¹⁶. Interessante, sobre isto, é a leitura de Lima e Tavares (2012), que afirmam que estas instituições remontam não aos hospitais psiquiátricos que, anteriores à reforma psiquiátrica, carregavam consigo a lógica do projeto iluminista moderno, centralizado na razão e no método científico; mas, sim, a instituições anteriores, “aos hospitais gerais descritos por Foucault (1972), espaços dos pobres, cuidados por autoridades religiosas, o refugio da sociedade, que se aproximando da morte, recolhiam-se a esses espaços” (LIMA & TAVARES, 2012, p. 21).

Segundo as autoras, ainda, o contexto de criação do plano é um permeado por disputas políticas em torno de diferentes respostas ao uso problemático ou abusivo de drogas. Nesse sentido, lutando pelo comando das políticas públicas sobre drogas estão, de um lado, lideranças do Congresso Nacional e da sociedade civil que, avaliando ser o SUS insuficiente para tratar de questões relacionadas ao crack e outras drogas, buscam soluções em instituições de internação, muitas delas religiosas, sem apreço pelo controle social da saúde pública e pela reforma psiquiátrica; e, de outro, militantes e profissionais de saúde mental e da reforma psiquiátrica que, aproveitando a força da agenda política sobre o crack, tentam fortalecer o SUS através do financiamento das redes de cuidado da atenção básica e hospitalar (LIMA & TAVARES, 2012). Sendo assim, segundo elas, o programa “Crack: É Possível Vencer”, ainda que esteja permitindo a ampliação dos investimentos do Estado em áreas estratégicas da saúde pública, dá espaço para o crescimento de uma tendência distinta mais conservadora, “de natureza confessional e monoterapêutica” (LIMA & TAVARES, 2012, p. 21).

Sendo assim, retomando a discussão anterior, o programa “Crack: É Possível Vencer” está inserido em um paradigma repressivo de combate às drogas que se torna evidente inclusive na forma como é discursivamente colocado: como uma batalha a ser vencida, em que o crack é o inimigo a ser derrotado. Como um jogo de soma zero¹⁷, portanto, não há saída para a conciliação ou para a busca de alternativas que não o enfrentamento direto e permanente. Isto se torna claro, por exemplo, na dificuldade que os profissionais de saúde e assistência social têm de levar a cabo ações de redução de danos, mesmo havendo respaldo legal, devido à escassez de recursos no território a partir dos quais se devem construir os

¹⁶ Sobre violações de Direitos Humanos cometidas por Comunidades Terapêuticas e demais instituições de internação de usuários de drogas, ver CFP (2011).

¹⁷ No jargão econômico, significa um jogo em que, para que uma das partes ganhe (+), a outra necessariamente deve perder (-).

serviços e, principalmente, aos próprios preconceitos destes mesmos profissionais em relação à sua legitimidade como política de abordagem ao uso abusivo ou problemático de drogas, uma vez que parece entrar em rota de colisão com a orientação jurídico-penal repressiva das políticas de drogas no Brasil (ANDRADE, 2011).

Sendo assim, conforme afirma Alessandro Baratta (1993), não apenas a intervenção do sistema punitivo não leva em conta as alternativas existentes, como influi negativamente sobre os sistemas terapêutico-assistencial e informativo-educativo utilizado paralelamente ao sistema penal. No caso do primeiro sistema, diz o autor, a repressão impacta negativamente a relação entre os profissionais de cuidado e o usuário de drogas, uma relação que deveria ser de plena comunicação, confiança e – adicionamos – respeito à dignidade humana e à autonomia; já em relação ao segundo sistema, o resultado evidente é, segundo Baratta, a construção de uma metodologia baseada exclusivamente na generalização sobre o estereótipo negativo da droga, o que pode causar o chamado “efeito bumerangue”, quando as intervenções educativas se dirigem a um público infanto-juvenil que, havendo tido experiências divergentes da que está sendo transmitida, rejeita tanto a mensagem pedagógica quanto a autoridade que a tenta emitir. Nesse sentido, de acordo com nosso argumento principal, propomos uma revisão da relação entre os eixos de ação estabelecidos pelo plano, uma que contempla a forma como a repressão – representada pelo eixo “autoridade” – permeia as ações das demais estratégias que, discursivamente, colocam-se fora da lógica jurídico-penal repressiva (ver Figura 3).

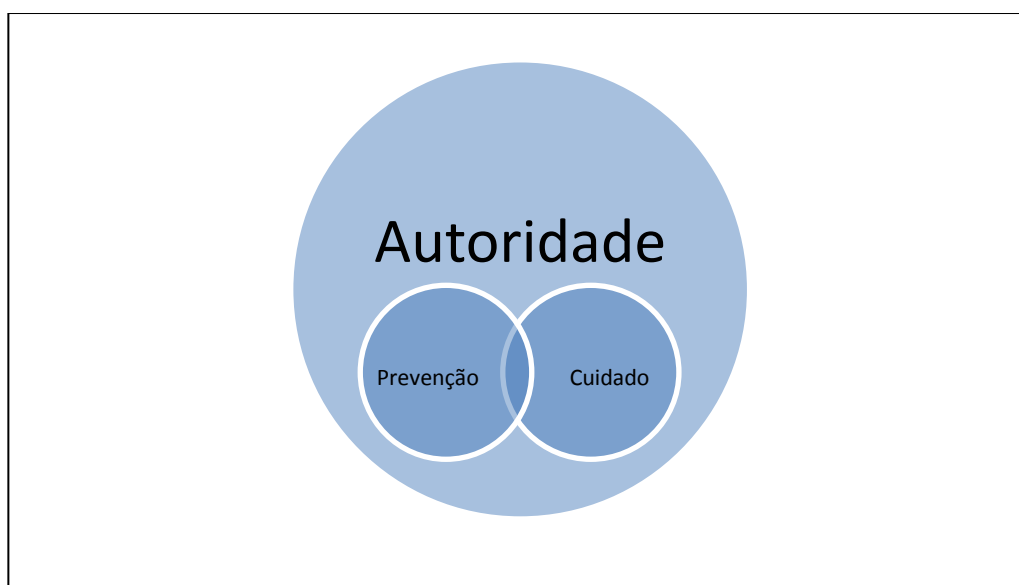


Figura 3: Reformulação dos eixos de ação do programa “Crack: É Possível Vencer” de acordo com o argumento proposto, a partir de elaboração nossa.

Além disso, cabe salientar que o plano, de uma maneira geral, reafirma estereótipos negativos sobre a própria população usuária de drogas, especialmente de crack, alimentando o próprio contexto de pânico social que pareceu dar origem a uma resposta emergencial por parte do poder público. Na cartilha oficial do governo federal sobre o programa, por exemplo, é possível encontrar a seguinte passagem:

“A meta é que, ao final de 2014, as redes de atenção à saúde, assistência social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e, sobretudo, integradas, aumentando e melhorando suas capacidades de acolhimento aos usuários de drogas e apoio a familiares; que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução; **e que espaços urbanos, anteriormente ocupados com cenas de uso de crack, comecem a ser revitalizados, trazendo mais segurança às comunidades.**” (BRASIL, 2010, p. 5)

Isto sugere, portanto, que à ideologia da diferenciação da qual falava Carvalho (1997) é inserida uma nova dimensão quando se fala da população brasileira usuária de crack. Nesse sentido, se, no Brasil, caminhou-se para a diferenciação entre usuários e traficantes de drogas como, respectivamente, doentes e criminosos, no que tange ao uso de crack parece haver uma sobreposição de papéis, em que usuários de crack “são doentes” em parte porque “são criminosos”, e devem ser tratados também por este motivo. Em um exercício superficial de reflexão, podemos associar esta inflexão ao imaginário coletivo que se tem da população usuária de crack no país, como uma predominantemente pobre, de cor parda ou negra e moradora de rua. São questões que necessitam ser mais bem exploradas em uma agenda de pesquisa futura.

Ainda assim, acreditamos que o que foi colocado no presente capítulo já nos dá suficiente base para iniciarmos a análise sobre nosso principal objeto de estudo: a política de “acolhimento” compulsório elaborada e executada, na cidade do Rio de Janeiro, pela então Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ). Como uma resposta pública originada do “pânico social” relacionado ao aumento da visibilidade do consumo de crack – especialmente pela população em situação de rua –, a referida política evidencia importantes facetas das políticas públicas sobre drogas construídas a partir da virada da década de 1990, especialmente no que tange à relação entre os âmbitos de “cuidado”, “prevenção” e “autoridade” (absorvendo a terminologia utilizada pelo programa “Crack: É Possível Vencer”). No próximo capítulo, voltaremos nossos esforços a essa discussão.

CAPÍTULO III: “ACOLHIMENTO” COMPULSÓRIO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

III.1 Caracterização, marcos normativos, práticas cotidianas

Em 27 de maio de 2011, a então Secretaria Municipal de Assistência Social da cidade do Rio de Janeiro (SMAS/RJ)¹⁸ publicou, no Diário Oficial do Município, a Resolução nº 20, que cria e regulamenta o “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social” à população de rua. Afirmando estar em consonância com resoluções do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, o documento instituía o recolhimento e o abrigo compulsórios de crianças e adolescentes que estivessem em situação de rua, com o objetivo declarado de “garantir sua integridade física” (art. 5º, §4º). Ainda, o protocolo determinava, em seu artigo 5º, §3º, que o menor de idade sob a nítida influência do uso de drogas “afetando seu desenvolvimento integral (...) deverá ser mantido abrigado em serviço especializado de forma compulsória”, uma vez diagnosticada “a necessidade de tratamento para recuperação” por uma “equipe multidisciplinar”.

O protocolo elaborado pela então SMAS/RJ surgiu em um contexto de crescente percepção, por parte da mídia, de membros do poder executivo, de especialistas e do “senso comum”, sobre a existência de uma “epidemia” do consumo de crack no Brasil¹⁹, o que explica, em parte, o fato de ter sido apoiada pelo Ministério Público e pela I Vara da Infância, Juventude e Idoso (BRITO, 2011). Conforme já brevemente comentado no capítulo anterior, a cada vez maior visibilidade do uso de crack e o pânico social a ela relacionado são um dos principais fatores a desencadear ações e políticas de abordagem à questão, culminando no próprio Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, de 2010 (ANDRADE, 2011). Tal situação se insere, ainda, em um contexto maior de constatação do crescimento generalizado do uso de drogas ilícitas que impulsiona, a partir da década de 1990, intervenções antidrogas

¹⁸ Atualmente, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS/RJ).

¹⁹ Sobre isso, ver G1 RJ (2010), VEJA (2011) e R7 (2012).

nos mais distintos níveis de ação, desde o âmbito do poder executivo até campanhas de comunicação (SOUZA, D., 1996).

O principal objetivo do Protocolo de Abordagem Social de SMAS/RJ era determinar os princípios e diretrizes da abordagem à população de rua no Município do Rio de Janeiro, bem como estabelecer fluxogramas e instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. No caso de crianças e adolescentes em situação de rua, a orientação era a de recolhimento compulsório a abrigo, caso estivessem na rua durante o período noturno, ou encaminhamento a serviço especializado, caso fosse constatado o uso abusivo ou problemático de drogas. O recolhimento deveria ser comunicado, ainda, ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância, Juventude e Idoso, e o contato com a família deveria ser buscado, como parte da tentativa de “inserção familiar e comunitária” (art. 3º, IV).

Chama mais atenção, no entanto, o disposto no artigo 5º, inciso XV, que afirma:

“Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores: [...] XV – **acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA, para verificação de existência de mandado de busca e apreensão e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial**”. (D.O. RIO, 2011, p. 17)

Dessa forma, antes do encaminhamento a serviço de abrigo, a equipe responsável pela abordagem deveria acompanhar a criança ou o adolescente recolhido a uma delegacia de polícia; segundo o fluxograma apresentado no protocolo, este encaminhamento seria feito depois da averiguação da necessidade de atendimento de saúde, que deveria ser prontamente atendida (ver Figura 4). Havendo mandado de busca ou apreensão, a criança ou o adolescente deveria ser recolhido a instituto de internação do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), mesmo que tivesse sido identificada situação de uso abusivo ou problemático de drogas (BRITO, 2011; BISCHOFF, 2012). Caso não houvesse, ele seria encaminhado a um dos Centros de Recepção do município “segundo perfil e área”, onde demais procedimentos seriam executados (D.O. RIO, 2011, p. 17).

O pressuposto discursivamente defendido pela então SMAS/RJ e pelo à época secretário municipal de Assistência Social, Rodrigo Bethlem, e que dá base à abordagem a crianças e adolescentes usuários de drogas (ilícitas e, especialmente, de crack) é o da necessidade de disponibilização de tratamento em saúde para essa população, dada a situação de vulnerabilidade na qual se encontrariam e tendo em vista a abstenção da família em dar o

apoio necessário (SILVA, 2011; BISCHOFF, 2012). Operando sob a lógica da abstinência para o “tratamento” e a “recuperação” (expressões encontradas no próprio texto do protocolo) e utilizando os saberes médicos como discurso legitimador, a política se dispunha a ser, retoricamente, um recurso médico-terapêutico e assistencial público de “cura” para o uso (não necessariamente abusivo ou problemático) dessas substâncias. Esse posicionamento desvela, ainda, o lugar central que o abrigo compulsório passava a desempenhar como política pública de assistência ao uso de drogas, em detrimento de outros dispositivos de cuidado – nomeadamente, os CAPS-AD –, que passavam a ter função secundária.

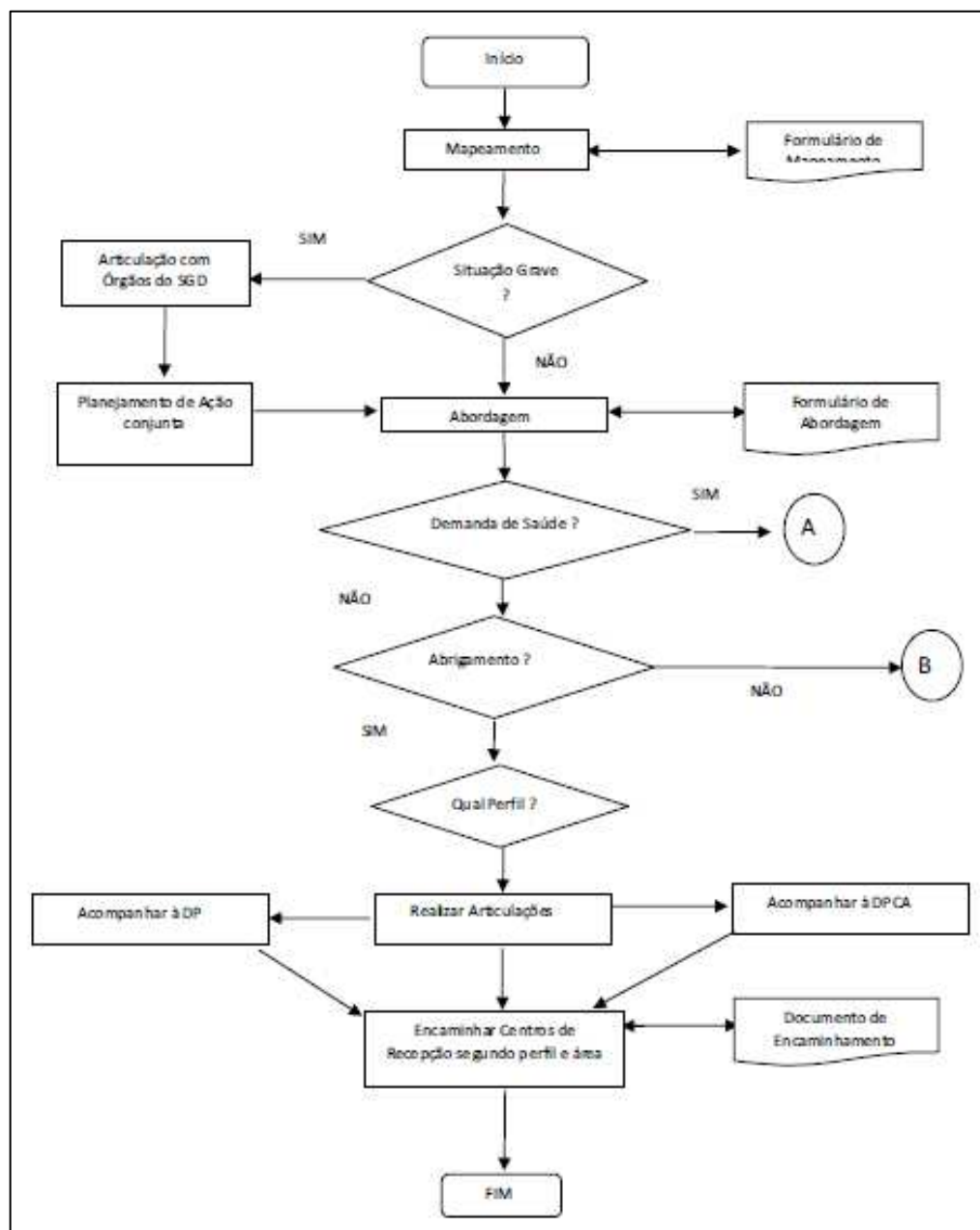


Figura 4: “Fluxo de abordagem – SMAS/PCRJ” nº 1. Os campos “A” e “B” indicam, respectivamente, os procedimentos a serem seguidos caso haja necessidade de atendimento de saúde e o processo de localização da família da criança ou adolescente. Fonte: D.O. RIO, 2011, p. 18.

Apenas nos primeiros quatro meses de implantação do protocolo (entre maio e agosto de 2011), registrou-se o recolhimento de 1.319 pessoas das ruas, sendo 254 delas crianças e adolescentes (SANCHES & PAGGI, 2011 apud BISCHOFF, 2012). A abordagem para recolhimento deveria ser feita, segundo o protocolo, por equipes dos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) do município e pela equipe técnica e de educadores do Serviço Especializado em Abordagem Social. Ainda, embora não estivesse previsto no documento, a equipe de abordagem era acompanhada da Polícia Militar e da Guarda Municipal, que, segundo o então secretário Bethlem, tinham como objetivo dar segurança aos profissionais que participam das ações nas áreas de risco em que atuariam (SILVA, 2011; BISCHOFF, 2012).

Por fim, as crianças e os adolescentes “acolhidos” ficam impedidos de sair das instituições às quais foram encaminhados, que passavam a se responsabilizar pela “proteção, guarda e cuidado, protegendo-os e impedindo-os da evasão” (art. 5º, XI). Uma vez abrigados compulsoriamente, só poderiam deixar o abrigo com a anuência do Conselho Tutelar e o Juízo responsável (art. 5º, § 5º).

III.2 Recebimento, questionamentos e críticas

Desde sua implantação, o protocolo que dá base à política de “acolhimento compulsório” de crianças e adolescentes usuários de drogas sofreu forte oposição de variadas instituições e organizações da sociedade civil; de acadêmicos e profissionais das mais diversas áreas técnicas e do conhecimento; de entidades de classe diferentes como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), o Conselho Regional de Psicologia (CRP/RJ), o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS/RJ), entre outros; e de organismos internacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências. Os principais pontos de questionamento vêm (1) de acusações de violações a marcos legais que protegem direitos fundamentais, Humanos e da criança e do adolescente; (2) das lógicas que encarceramento, higienização e repressão que pautam as ações previstas e executadas pelo referido protocolo; e (3) da questionável efetividade dos serviços especializados responsáveis pelas ações de assistência e cuidado aos abrigados em situação de uso de drogas (ALERJ, 2012). De uma maneira geral, questiona-se a legalidade, a legitimidade e a efetividade dessa política como uma ação de assistência social pautada pelas lógicas do tratamento e do cuidado, que deveria preservar os direitos fundamentais e a autonomia dos indivíduos que pretende alcançar.

A seguir, comentaremos os principais pontos de crítica e questionamento levantados por diferentes atores no que concerne a estas três searas.

Legalidade

Como paradigma de tratamento em saúde mental no Brasil, a lei 10.216, de abril de 2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, institui a universalidade e a integralidade no atendimento a usuários de serviços de saúde mental, em consonância com o que preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Como principal inflexão, a referida legislação se distancia do modelo de atenção asilar, baseada nas lógicas do isolamento e da internação, para priorizar serviços de base territorial e comunitária, que favorecem intervenções precoces e combatem estigmas associados aos pacientes (ALERJ, 2012). Dessa forma, como afirma Juliana Bischoff (2012),

“Visando a essa conjugação de esforços entre Estado e sociedade, a estrutura de atendimento em saúde mental foi construída sob a forma de rede, composta por unidades de saúde hierarquizadas e distribuídas geograficamente no território brasileiro, **com o intuito de favorecer tanto o acesso a tratamento em saúde como aproximar a sociedade do paciente psiquiátrico.**” (BISCHOFF, 2012, p. 75 – grifos nossos)

Foi sob esta lógica que se construiu, em 2003, a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas²⁰ do Ministério da Saúde. Segundo esta política, “a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde” (BRASIL, 2003, p. 6). Para a concretização de um atendimento em rede, o SUS oferece serviços de cuidado territorializados e de base comunitária, como os CAPS – havendo um especificamente voltado para questões relacionadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas, o CAPS-AD – e os Consultórios de Rua – destinados à população em maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços, como a população de rua.

Sendo assim, um dos primeiros fatores a se questionar no Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social da então SMAS/RJ, que dá base à política de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro, é sua não consonância com o que é preconizado nos dispositivos normativos que surgem da reforma psiquiátrica no Brasil. Ao priorizar o abrigamento e a internação como

²⁰ Ver capítulo 2, terceira seção.

forma de lidar com o uso abusivo ou problemático de drogas, esta política reproduz a lógica de funcionamento dos antigos hospitais psiquiátricos, baseados na segregação como método de tratamento (BISCHOFF, 2012). Uma vez que os abrigos às quais se encaminham as crianças e os adolescentes recolhidos são registrados nos órgãos e conselhos de assistência, e não nos de saúde, estas instituições estão desvinculadas da rede de saúde mental do território, contradizendo o que é preconizado pelo SUS e pelas referidas legislações (ALERJ, 2012; BISCHOFF, 2012).

Outro importante ponto de questionamento no que concerne à legalidade do protocolo diz respeito a sua (não) consonância com o que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), a medida protetiva de acolhimento institucional, como prevista pelo ECA, não consiste em medida de privação de liberdade, pressupondo, portanto, a adesão voluntária da criança ou do adolescente (CONANDA, 2011; BISCHOFF, 2012). De fato, de acordo com a própria redação do estatuto, “o acolhimento institucional e o acolhimento familiar são **medidas provisórias e excepcionais**, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, **não implicando privação de liberdade**” (art. 101, § 1º - grifos nossos).

Sendo assim, além de não pressupor o encarceramento da criança e do adolescente, a medida de acolhimento institucional é também ação de caráter provisório e excepcional, tendo como fim último a reintegração ao ambiente familiar e social do indivíduo. Dessa forma, mesmo quando o abrigamento se faz necessário, deve ser uma opção transitória e emergencial, devendo os abrigos estar localizados próximos às famílias e comunidades de origem da criança ou do adolescente para que a reconstrução das relações familiares e comunitárias seja possível (ALERJ, 2012). Sendo assim, a previsão de que a entidade de abrigamento deve se ocupar de evitar a evasão de seus abrigados contradiz, por um lado, o direito à liberdade e o princípio de voluntariedade previstos no estatuto e, por outro, a prioridade que ele dá a ações territorializadas e comunitárias, em que os laços com a família e a localidade são mantidos ou reconstruídos.

A CONANDA chama atenção, ainda, para o fato de que, de acordo com o estatuto, o encaminhamento de crianças e adolescentes para abrigos institucionais é de exclusiva responsabilidade do Poder Judiciário e do Conselho Tutelar (CONANDA, 2011). Dessa forma, o procedimento previsto no protocolo da então SMAS/RJ, em que o “acolhimento” é

feito sem prévia anuência das autoridades competentes (que só depois são “comunicadas”), estabelece uma inversão de papéis que parece violar as legislações vigentes sobre a questão (BISCHOFF, 2012). Embora haja previsão de acolhimento institucional de crianças e adolescentes sem prévia determinação da autoridade competente (art. 93, ECA), esta deve se dar em caráter excepcional e de urgência, e não de modo sistemático e institucionalizado, como prevê o protocolo.

Cabe salientar, ainda, que a condução à DPCA das crianças e dos adolescentes recolhidos estabelece privação de liberdade não prevista constitucionalmente²¹ e fere o princípio constitucional da presunção de inocência, uma vez que pressupõe que todos os indivíduos recolhidos são eventuais infratores pelo simples fato de estarem em situação de rua ou de serem usuários de drogas (BRITO, 2011). Uma vez que o procedimento de aferição de crianças e adolescentes na delegacia resulta em destinos diferentes – por um lado, um abrigo especializado e, por outro, uma instituição de internação –, o protocolo estabelece, ainda, uma política de diferenciação calcada na existência ou não de mandato de busca e apreensão (BISCHOFF, 2012). Em última análise, este procedimento fere o art. 1º da Lei de Reforma Psiquiátrica, que afirma que “os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental [...] são assegurados sem qualquer forma de discriminação”.

Por fim, em declaração conjunta emitida em março de 2012, doze agências das Nações Unidas se posicionaram de forma contrária a centros de detenção e reabilitação compulsórios relacionados a drogas, entre elas, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos. Entre vários dos pontos levantados pelo documento, está o argumento de que estes centros violam de forma inaceitável as normas internacionais de Direitos Humanos, entre elas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (ONU, 2012). A declaração insta os Estados-membros da ONU a se comprometerem a fechar estas instituições e a construir serviços alternativos de base territorial e comunitária, em consonância com os entendimentos internacionais sobre a forma adequada e humana de assistência em saúde mental.

²¹ Conforme o artigo 5º, inciso LXI da Constituição Federal, “ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei”.

Legitimidade

Embora o pressuposto que dá base ao protocolo de Abordagem Social seja o da “cura” mediante internação (conforme já comentado), sua implementação é derivada de iniciativa exclusiva da então SMAS/RJ, sem que houvesse participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ), muito menos de sua Coordenação de Saúde Mental (BISCHOFF, 2012; ALERJ, 2012). Segundo Juliana Bischoff (2012), ao prescindir da colaboração de profissionais de SMS/RJ na elaboração e na execução do protocolo, a então SMAS/RJ desconsiderava o uso abusivo ou problemático de drogas como problema de saúde pública. Para o CRESS/RJ, a falta de planejamento de uma abordagem integrada entre a saúde, a assistência social, a educação e a cultura compromete sobremaneira a atuação da SMAS/RJ em atender a estas crianças e adolescentes, por se tratar de um quadro complexo que demanda “ação intersetorial de diferentes políticas públicas” (CRESS/RJ, 2011, p. 3).

Outra questão por muitas vezes debatida é a associação feita entre uso de drogas e criminalidade, que se manifesta (1) na participação de policiais militares e guardas municipais nas ações de abordagem e “acolhida”; e (2) no encaminhamento dos indivíduos recolhidos à delegacia de polícia para averiguação. A simples presença de agentes de repressão e a possibilidade de encarceramento já são, psicologicamente, fatores de coação e amedrontamento, indo no caminho oposto à lógica de assistência e cuidado baseada na construção de relações de confiança e acolhida (BISCHOFF, 2012; ALERJ, 2012). Em nota pública emitida em 26 de julho de 2011, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) expressou sua preocupação em relação a esta questão:

“A SDH manifesta preocupação com o fato de que a abordagem às crianças e adolescentes é feita por educadores sociais acompanhados de policiais e que os adolescentes são imediatamente acompanhados para a delegacia, mesmo sem flagrante delito. Nesse sentido, a Secretaria de Direitos Humanos sugere a revisão do Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social.” (SDH, 2011 apud BRITO, 2011, p. 65)

Questiona-se, portanto, se a então SMAS/RJ não estaria se distanciando de suas funções socioassistenciais em direção à atuação como agência de repressão do Estado (SILVA, 2011). Essas questões dão margem para se pensar se a política não é efetivamente uma estratégia de segurança pública pautada pela repressão e pela punição, em vez de política de saúde pública ou de assistência social (SILVA, 2011; BISCHOFF, 2012; ALERJ, 2012). De fato, se analisarmos os posicionamentos de diferentes atores da sociedade civil, entidades de classe e instituições que lidam com Direitos Humanos e direitos da criança e do adolescente,

questionamentos sobre a real motivação da política de “acolhimento” compulsório estão sempre presentes²².

A crise de legitimidade à qual passou a política de “acolhimento” compulsório da SMAS/RJ se manifestou, ainda, na forma como as entidades de classe se posicionaram em relação à participação de seus profissionais nas ações de abordagem e pós-abordagem. É o caso, por exemplo, de conselhos como o CRESS/RJ e o CRP/RJ, que se mostraram em distintas ocasiões preocupados com possíveis violações aos princípios éticos e às práticas consensuais dessas categoriais (ALERJ, 2012). Nas palavras de Charles Toniolo, que, em 2011, já era presidente do CRESS/RJ,

“[Os assistentes sociais] não somos agentes de repressão. Nossa atuação deve se pautar pela busca da efetivação dos direitos humanos, como a saúde, o que requer outro tipo de abordagem e acompanhamento dessa população. [...] Nós, assistentes sociais, não podemos concordar ou participar disso, nem na ‘retaguarda’”. (CRESS/RJ, 2011, p. 3)

Efetividade

Colocamos sob o guarda-chuva “efetividade” questionamentos à política de “acolhimento” compulsório de duas naturezas distintas: por um lado, aqueles feitos à qualidade do serviço que esta política pretende prestar; por outro, aqueles direcionados ao seu potencial de dar “resultados”. Em relação à primeira questão, é referência o relatório elaborado pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (CDHC/ALERJ), que visitou e avaliou quatro centros diferentes de atendimento a crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Em parceria com o CRESS/RJ e com o CRP/RJ, as equipes enviadas identificaram diferentes problemas na forma como estes jovens eram abrigados, e que iam de falhas logísticas e de infraestrutura a graves indícios de violações aos direitos fundamentais dos internos (ALERJ, 2012).

Em primeiro lugar, a averiguação constatou a presença de significativos obstáculos ao contato dos internos com suas famílias e comunidades, tanto por conta da dificuldade de acesso às instituições de acolhimento (em grande parte, distantes do centro urbano carioca e

²² Segundo o presidente do CRESS/RJ, Charles Toniolo, ela constitui medida paliativa de “limpeza” e “higienização” da cidade (CRESS/RJ, 2011, p. 3). Já relatório da Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (CDHC/ALERJ), feito em parceria com o CRESS/RJ e com o CRP/RJ, fala em “controle social punitivo” (ALERJ, 2012, p. 46). Encontramos o mesmo questionamento em grande parte da bibliografia acadêmica revisada, com ênfase para os trabalhos de Silva (2011), Brito (2011) e Bischoff (2012).

em localidades em que há pouca estrutura de transportes) quanto pela restrição de contatos telefônicos e de visitação – uma clara violação à orientação do ECA e das legislações em saúde mental elaboradas no marco da reforma psiquiátrica. Ainda, diz o relatório que, em todas as instituições visitadas, havia fortes indícios de metodologia de cunho religioso, em grande parte apoiada no método dos “Doze Passos”, popularizado pelos Alcoólicos Anônimos (AA). Verificou-se, ainda, precária estrutura de grande parte das instalações de “acolhimento”, além da falta de atividades de lazer e esporte para os jovens abrigados.

De fato, o que se constatou foi uma série de violações ao direito à liberdade e à dignidade garantidos em tratados internacionais em que o Brasil é signatário, na Constituição Federal e no ECA, em cujo artigo 16 diz:

“Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos: I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; II - opinião e expressão; **III - crença e culto religioso; IV - brincar, praticar esportes e divertir-se; V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;** VI - participar da vida política, na forma da lei; VII - buscar refúgio, auxílio e orientação.” (ECA, 1990, art. 16 – grifos nossos)

No entanto, mais problemático foi a constatação da “medicalização diária e generalizada” das crianças e dos adolescentes abrigados, aspecto encontrado em todas as instituições visitadas (ALERJ, 2012, p. 44). Apesar da atuação de apenas um psiquiatra nas quatro instituições visitadas e da falta de informação consolidada sobre a efetividade ou não dos tratamentos propostos, quase todos os internos eram medicados, alguns diariamente, por técnicos de enfermagem. Em um dos estabelecimentos visitados, constatou-se que todos os adolescentes abrigados recebiam os mesmos quatro medicamentos todos os dias, apesar de orientação expressa da Lei de Reforma Psiquiátrica sobre a necessidade de individualização do tratamento em saúde mental, não apenas porque os indivíduos apresentam características físicas e psíquicas distintas, mas porque estabelecem rotina de uso e relação com as substâncias diferentes.

De acordo com o próprio texto do relatório,

“Em alguns abrigos, foi informado que os adolescentes tomam quatro tipos diferentes de medicamentos diariamente, além das injeções compostas por Haldol e Fenegan, os chamados “SOS”, no caso de agitação fora do normal ou, segundo alguns adolescentes, no caso de fuga ou tentativa de fuga do estabelecimento. Essas injeções caracterizam claramente **contenção química**. Também há informação a respeito da prática de **contenção física**, mãos e pés amarrados.” (ALERJ, 2012, p. 44-45 – grifos dos autores)

A medicalização excessiva e generalizada das crianças e dos adolescentes abrigados nestes centros também foi constatada em visitas feitas pela Comissão de Direitos Humanos da OAB/RJ a algumas dessas instituições. Nelas, verificou-se a prática comum aplicação de fortes doses de remédios tarja-preta, tão altas que poderiam levar à parada cardíaca (SILVA, 2011). De fato, esta prática parece ser preocupação principal entre os críticos da política de “acolhimento”, primeiramente por caracterizar tratamento desumano ao uso abusivo ou problemático de drogas e que viola uma série de normas nacionais e internacionais em saúde mental. Em segundo lugar, salienta-se a contradição existente em se tratar o abuso de drogas a partir da prescrição de outras drogas de igual ou maior potencial de dependência – só que, desta vez, lícitas e de controle médico.

As críticas direcionadas à qualidade da assistência oferecida aos centros especializados de “acolhimento” se somam, ainda, às discussões sobre a real efetividade do abrigamento compulsório – ou, em outras palavras, da internação – como política de atendimento ao uso abusivo ou problemático de drogas. Marcos normativos como a Lei da Reforma Psiquiátrica ou a Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas preveem o tratamento baseado no território e no convívio familiar e comunitário não apenas porque é mais humano e digno, mas também porque se apresenta como a forma mais eficaz e consistente de abordagem a questões de saúde mental. A busca por “fórmulas mágicas” para o uso abusivo ou problemático de drogas, em geral pautada pela necessidade incondicional de abstinência, acaba por incentivar a formulação de políticas públicas imediatistas, que não compreendem a complexidade das situações que quer abordar (CRESS/RJ, 2011).

Não à toa, na declaração emitida pela ONU e por suas agências em 2012, lê-se:

"Os organismos das Nações Unidas signatários desta declaração solicitam aos Estados que mantêm centros de detenção e reabilitação compulsórios relacionados a drogas que os fechem imediatamente e liberem as pessoas neles retidas. Posteriormente, deve-se facilitar assistência sanitária adequada, em nível comunitário, às pessoas que assim requererem, e sempre voluntariamente. [...] As provas demonstram que as respostas mais eficazes à drogadição e aos prejuízos para a saúde relacionados a ela, tais como a infecção por HIV/AIDS, implicam tratar a dependência de drogas mediante enfoques com base empírica e baseados nos Direitos Humanos. [...] No caso de menores de 18 anos, as respostas mais eficazes e adequadas se baseiam na família e nos pontos fortes das comunidades locais. **Esta deve ser a primeira opção, cumprindo rigorosamente o direito dos menores ao bem-estar, à proteção, à atenção e à justiça**". (ONU, 2012, p. 2-3 – tradução livre; grifos nossos)

O que se prescreve, portanto, em saúde mental – e, especificamente, acerca do abuso e do uso problemático de drogas – é o tratamento individualizado baseado no convívio do paciente com sua família e sua comunidade e que respeite a autonomia e a dignidade dos

indivíduos devem ser respeitadas. A internação é considerada, portanto, medida de caráter excepcional e de urgência, devendo ser, assim que possível, substituída por tratamento viabilizado na própria rede territorial (BISCHOFF, 2012). São preceitos que, além de figurar nas legislações nacionais sobre saúde mental, encontram respaldo e significativo consenso também em organismos internacionais que lidam com o tema.

As leituras críticas à política de “acolhimento” compulsório abrem a discussão sobre o verdadeiro caráter das políticas públicas de recolhimento de usuários de drogas que, executadas também em outros contextos e épocas, guardam estreita semelhança com ações manicomiais e de hospitalização de pessoas em sofrimento psíquico – instituições e práticas que já foram explícita e oficialmente afastadas como a regra de cuidado em questões de saúde mental. Mais ainda, suscitam o questionamento sobre o factual distanciamento da política em relação aos aparatos repressivo e encarcerador do Estado, especialmente no que tange ao cerceamento de direitos e liberdades fundamentais. Como questiona Bischoff (2012),

“A situação descrita sugestiona as condições a que esses jovens estão submetidos: recolhidos contra sua vontade, sem contato com o mundo exterior, sem receber o necessário tratamento em saúde, sem possibilidade de deixar a instituição e ainda, possivelmente, mantido em condições precárias de infraestrutura, cercados por muros e grades por todos os lados. **Essa realidade não é muito próxima daquela vivenciada pelos indivíduos condenados por penas privativas de liberdade? Qual é a diferença entre a medida de recolhimento e prisão em unidade carcerária?**” (BISCHOFF, 2012, p. 76 – grifos nossos)

A estas perguntas nos voltaremos a seguir.

III.3 Considerações finais

Mais uma vez, faz-se necessário voltar ao trabalho de Alessandro Baratta (1993) se quisermos ter uma visão mais aprofundada do contexto em que se insere a política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas. De acordo com o sociólogo italiano, em um sistema autorreferenciado como o da criminalização das drogas, a criminalização assume preponderância em relação a outros sistemas de controle, englobando no mesmo paradigma punitivo-repressivo outras formas de trato público à questão das drogas, como o terapêutico-assistencial e o educativo. O que percebemos é que, de fato, o preceito da erradicação das drogas ilícitas, por ser o fim último a ser alcançado em um sistema proibicionista, condiciona a elaboração e a execução de políticas públicas sobre drogas

ilícitas, sobrepondo-se às lógicas de cuidado e assistência e as tornando politicamente dependentes deste objetivo final.

No que tange especificamente à política de “acolhimento” compulsório, este argumento pode ser constatado com maior clareza em duas ocasiões diferentes. Primeiramente, ele se verifica no movimento de diferenciação levado adiante quando do encaminhando das crianças e dos adolescentes recolhidos à delegacia de polícia: de um lado, aqueles que devem ser conduzidos a uma instituição de internação e, de outro, aqueles que podem ter acesso a algum tipo de serviço de assistência ao seu “problema”. A possibilidade de “tratamento”, neste caso, é condicionada à existência ou não de mandado de busca e apreensão, revelando a preponderância da lógica jurídico-penal sobre a terapêutica e de cuidado.

Em segundo lugar, o argumento se confirma na centralidade da “abstinência” como princípio que orienta a política de “acolhimento” compulsório, baseada na internação para a “reabilitação”. De fato, em um sistema de controle proibicionista, torna-se moralmente impossível e praticamente inviável conciliar a criminalização a políticas sobre drogas que não pressuponham a privação do consumo como condição para o tratamento e o cuidado. É em parte por esse motivo que políticas de redução de danos são tão difíceis de tomarem a dianteira no espectro das políticas públicas sobre uso de drogas, ao passo que ações pautadas na interrupção imediata do uso – entre elas, a “internação” – encontram protagonismo com facilidade, a despeito das muitas legislações que preveem o contrário.

Em última análise, também podemos pensar os centros especializados onde as crianças e os adolescentes são recolhidos contra sua vontade como instituições totais, “o lugar de residência e de trabalho de grupos de pessoas [...] fechado e formalmente administrado” onde o contato externo e a possibilidade de intercâmbio são inexistentes (GOFFMAN, 1961 apud CASTRO, 1983). Parte de uma população marginalizada – pobre, com poucos anos de estudo e, em grande parte, negra –, estes jovens são retirados dos lugares em que sua presença é indesejável e colocados em instituições onde poderão ser controlados, pacificados – e penalizados (BISCHOFF, 2012). Se eles, uma vez em situação de rua, tentam fugir das instituições de controle social tradicionalmente colocadas, a própria cidade se torna a instituição total por excelência, como diz Lola Aniyar de Castro (1983), pois é por estarem na rua que eles são enclausurados compulsoriamente.

Em consonância com este pensamento estão as críticas à política de “acolhimento” compulsório que a consideram uma medida de higiene e limpeza da cidade (ver SILVA, 2011

e BISCHOFF, 2012). Alguns destes posicionamentos vão além ao inserir a política em um contexto maior de sistemáticas práticas de expurgação da população pobre e negra do município do Rio de Janeiro, uma que guarda estreita semelhanças com “os períodos mais tenebrosos da história brasileira (Escravidão, Ditadura Militar)” (BRITO, 2011, p. 74). De fato, se olharmos para a história da criminalização de determinadas drogas, tanto em âmbito nacional quanto internacional, vemos como os movimentos de proibição e as políticas que deles se derivaram mantinham íntimas relações com políticas racistas e etnocidas, várias delas baseadas em preceitos de higiene social (RESTREPO, 2002; RODRIGUES, T., 2012).

Cabe pensar, portanto, a política de “acolhimento” compulsório como uma que contém funções manifestas e também funções latentes, sendo a principal delas, talvez, a de ocultação de problemas (e corpos) indesejáveis. Se, como afirma Leonardo Sica (2005), as políticas sobre drogas, no Brasil, têm como função oculta o aumento do controle e da ingerência sobre a população, sobretudo a marginalizada, então a política de “acolhimento” compulsório está, de fato, sendo efetiva. Talvez sua metodologia de abordagem ao uso de drogas (ilícitas) não seja a mais adequada precisamente porque não é seu objetivo central lidar com essa questão ou oferecer uma resposta em políticas públicas minimamente coerente e respeitadora à trajetória política e histórica do campo. Talvez.

Deve-se observar também a centralidade que a medicalização tem na aplicação da política de “acolhimento” compulsório, a despeito do fato de o protocolo de abrigamento de crianças e adolescentes usuários de drogas ter sido elaborado à revelia de orientação especializada da SMS/RJ: é ela seu discurso legitimador. Embora os abrigos referenciados por esta política não estejam inseridos na rede de saúde mental do município, estas instituições extrapolam sua função de acolhimento socioassistencial para abranger ações de tratamento ao uso abusivo ou problemático de drogas (ALERJ, 2012). O que permite a sobreposição da lógica sanitária sobre a de assistência social é justamente o discurso da medicalização do uso de drogas, que impinge caráter emergencial e de exceção à política de recolhimento, permitindo, muitas vezes, que se fechem os olhos a violações à legislação vigente em nome de um “bem maior”.

Sendo assim, medicalização e criminalização estabelecem uma relação simbiótica entre si. Se, por um lado, a medicalização dá legitimidade à criminalização do uso de determinadas substâncias psicoativas e a políticas de encarceramento (oficiais ou não declaradas) de seus consumidores, por outro, é a criminalização que permite que ações de medicalização sejam

levadas às últimas consequências, baseadas no argumento da ilegalidade e da necessidade de erradicação do consumo. O “Estado terapêutico” e o saber médico como ciência oficial, nesse quadro, representam papel de destaque; não à toa, o Estado “acolhe” compulsoriamente crianças e adolescentes em abrigos especializados onde serão constantemente medicados – dessa vez, com drogas legais e de manipulação exclusiva da medicina (FIORE, 2002).

Nesse quadro, começamos a vislumbrar o porquê do pouco investimento em políticas públicas nas áreas de saúde mental e assistência social que sejam minimamente consensuais no que tange à efetividade e ao respeito à autonomia e à dignidade humanas. Programas de redução de danos, CAPS e Consultórios de Rua são algumas das ações territorializadas e comunitárias que, embora estejam contempladas em instrumentos normativos importantes na área de políticas públicas sobre drogas – como no caso do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas –, são relegadas a segundo plano em favorecimento da lógica asilar e da abstinência compulsória mediante internação. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, só estão em funcionamento três CAPS-AD²³, sendo apenas um de atenção em período noturno e nos fins de semana, a despeito dos seus quase 6,5 milhões de habitantes.

Sobre isso, a literatura referida na primeira seção do segundo capítulo – nomeadamente os trabalhos de Klaus Frey (2000) e Maria das Graças Rúa (1998) – oferece importantes instrumentos teóricos para uma análise final. A partir de diferentes leituras sobre o processo de elaboração de políticas públicas, ambos os autores deixam claro que este é um campo de constantes disputas políticas, um em que visões diferentes de mundo (e também interesses) se contrapõem, determinando a definição de um problema de políticas públicas e, por conseguinte, a escolha de soluções que deriva dela. No caso da política de “acolhimento” compulsório – e das políticas públicas sobre drogas, de uma forma geral – não seria diferente, e de fato é o que vemos: variados atores que disputam a mobilização de recursos e a priorização de abordagens a partir de perspectivas políticas conflitantes sobre drogas ilícitas, saúde mental e populações socialmente marginalizadas.

²³ Uma relação de todos os CAPS do município do Rio de Janeiro pode ser encontrada na página da prefeitura, através do endereço <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/caps>>.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo analisar criticamente a política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas executada, na cidade do Rio de Janeiro, pela então Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ), durante os anos de 2011 e 2012. Para tal, pretendeu-se elaborar um breve panorama das políticas de drogas elaboradas em âmbito internacional, bem como uma perspectiva histórica das políticas públicas sobre drogas desenvolvidas no Brasil. Pretendíamos, com isso, responder de forma minimamente satisfatória às três perguntas que orientaram nossos estudos: (1) o que guia, em termos de rationale, as políticas públicas sobre drogas nas sociedades ocidentais modernas? (2) Como o Brasil se insere nesse contexto? (3) Como a política de “acolhimento” compulsório se insere nesse contexto?

Em relação à primeira pergunta, no primeiro capítulo do trabalho, buscamos demonstrar a forma como o regime internacional de controle de drogas ilícitas foi construído a partir de movimentos de criminalização nacionais levados a cabo em países ocidentais – notadamente, os Estados Unidos. Pretendíamos deixar claro como eles mobilizaram imaginários e estereótipos racistas e xenófobos para construir sua legitimidade, contribuindo para o controle social e para a criminalização de grupos sociais historicamente marginalizados. Ainda, estes movimentos foram expressão direta dos processos intersubjetivos de difusão de valores e conhecimento acerca dessas substâncias – e também das populações que pretensamente as consumiam –, sendo mais proeminentes os processos de medicalização e militarização do combate às drogas ilícitas, que permeiam as políticas internacionais sobre drogas até os dias atuais.

No segundo capítulo, tentamos responder à segunda pergunta através da discussão sobre a forma como, no processo de transformação da “questão das drogas” de um tema privado para um assunto público, o Brasil absorveu e reproduziu importantes elementos do regime internacional de drogas ilícitas. No processo de “nacionalização” do proibicionismo internacional, a prática de controle social via criminalização encontrou forte eco em hábitos políticos racistas e xenófobos já bem consolidados, servindo como mais uma forma de

repressão a grupos sociais marginalizados. Conservando uma abordagem criminalizadora, medicalizadora e militarizada ao uso e ao comércio dessas substâncias, o poder público brasileiro só foi capaz de iniciar um movimento de construção de políticas públicas para o tema a partir da virada da década de 1990, acompanhando as transformações domésticas e internacionais relacionadas à defesa de direitos fundamentais e Humanos. Ainda assim, procuramos demonstrar que, mesmo em um contexto de mudanças de cunho político e social, as políticas públicas elaboradas no país nos últimos 20 anos ainda conservam, em sua maioria, as lógicas repressiva e punitiva de trato às drogas que as impedem de romper significativamente com as principais características que conformam o regime internacional proibicionista.

É nesse contexto que acreditamos ter surgido a política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Embora a referida política se proponha a ser, discursivamente, um recurso médico-terapêutico e assistencial público de “cura” para o uso abusivo ou problemático de drogas – desviando-se, portanto, do rótulo de política de repressão e encarceramento em direção à classificação como política especializada, terapêutica e de cuidado –, entendemos que ela reproduz discursos e práticas estigmatizantes em relação ao usuário de drogas, que violam seus direitos fundamentais, sua dignidade e sua autonomia. Ao comprometer-se explicitamente com os principais pressupostos do proibicionismo internacional, ela acaba operando sob a lógica jurídico-penal dominante, sem propor grandes mudanças em relação às práticas de criminalização, estigmatização e controle de usuários de drogas que já vinham sendo historicamente executadas no âmbito das políticas públicas brasileiras sobre drogas.

Sendo assim, com base no que foi estudado e na tentativa de responder à última questão, entendemos que, na prática, a política de “acolhimento” compulsório se inseria em um sistema mais amplo de controle (via proibição) de drogas ilícitas que, executado nacional e internacionalmente, tem como base a repressão e o controle social. Dessa forma, embora ela tenha surgido em um contexto de marcadas transformações nas políticas públicas sobre drogas no Brasil, datadas do início da década de 1990, ela reproduz a histórica submissão dos campos terapêutico e assistencial à lógica jurídico-penal, que tem sempre a palavra final. Pôde-se concluir, assim, que a referida política e, de um modo geral, as políticas públicas sobre drogas no Brasil, por estarem sob o guarda-chuva do proibicionismo ocidental, tornam-se impossibilitadas de concretizar as lógicas de terapia, cuidado e autonomia que deveriam estar em sua base, atuando, em realidade, como um braço do sistema penal estatal.

Como toda política pública, a área das políticas sobre drogas é uma em constante disputa, em que diferentes atores pleiteiam, a partir de seus interesses e posicionamentos políticos, o processo elaboração e priorização de ações e abordagens. Nesse sentido, pretendíamos, com as discussões levantadas durante o trabalho, evidenciar algumas das perspectivas políticas que, historicamente ou em caráter específico, estavam em contestação quando da formulação e execução da política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Esperávamos, com isso, contribuir para o fortalecimento de uma prática consistente de reflexão crítica que acreditamos ser essencial para o campo da análise de políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentos oficiais de organizações

ALERJ. **Relatório de visitas aos “abrigos especializados” para crianças e adolescentes.** Julho de 2012. Disponível em: http://www.crprj.org.br/documentos/2012-relatorio_CADQs.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

BRASIL. **Crack, é possível vencer.** Governo Federal, 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>. Último acesso: 16/12/2013.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, 1990. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

BRASIL. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007.** Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, 2007.

CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Comissão Nacional de Direitos Humanos/Comissão Federal de Psicologia. Brasília, 2011. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

CONANDA. **Nota Técnica nº 02/2011.** Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente, Secretaria de Direitos Humanos, Presidência da República. Brasília, 9 de novembro de 2011. Disponível em: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/11/NOTA-TECNICA-CONANDA-RECOLHIMENTO-E-INTERNACAO-COMPULSORIA21.pdf>. Último acesso: 13/12/2013.

Convenção contra o Tráfico Ilícito de Drogas Narcóticas e Substâncias Psicotrópicas. Organização das Nações Unidas, 1988. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf. Último acesso em: 15/12/2013.

Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas. Organização das Nações Unidas: 1971. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf. Último acesso em: 16/12/2013.

Convenção Única sobre Entorpecentes. Organização das Nações Unidas, 1961. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf. Último acesso em: 15/12/2013.

CRESS/RJ. **Crack: recolhimento indevido.** Praxis, ano VII, nº 59, maio/jun, 2011. Disponível em: http://www.cressrj.org.br/download/praxis//praxis_59.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

D. O. RIO. **Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social.** Resolução SMAS Nº 20, Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, ano XXV, Nº 53, 30 de maio de 2011, p. 17-20.

IHRA. **O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos.** Londres, Grã Bretanha: 2010. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Último acesso em: 16/12/2013.

JIFE. **Report of the International Narcotics Control Board for 2008.** Organização das Nações Unidas, 2009. Disponível em: http://www.incb.org/pdf/annualreport/2008/en/AR_08_English.pdf. Último acesso em: 14/12/2013.

ONU. **Declaración conjunta: centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas.** Março de 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_statement-closure-compulsory-drug-detention-rehab-centers_es.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

SDH. **Nota pública: sobre o acolhimento de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro.** Presidência da República, 26 de julho de 2011. Disponível em: http://www.obscriancaeadolescente.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=485:nota-publica-sobre-o-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes-no-rj&catid=34:noticias&Itemid=106. Último acesso: 16/12/2013.

Bibliografia acadêmica

ADIALA, Julio César. **A criminalização dos entorpecentes.** Papéis Avulsos, Crime e Castigo, vol. 1. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.

ANDRADE, Tarcício M. **Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, 16(12): 4665-4674, 2011.

BARATTA, Alessandro. **Introducción a una sociología de la droga: problemas y contradicciones del controle penal de las drogodependencias.** 1993. Disponível em: http://www.alfonsozambrano.com/doctrina_penal/introduccion_sociologia_drogas.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas.** Revista Diálogo Jurídico, nº 15, 2007.

BARLETTA, Cleuse; PAULA, Jônatas D.; ALVES, Silvio; MAIA, Sonia A. F. **Capacitação para multiplicadores de ações de prevenção às drogas.** Governo Federal do Paraná, 2009.

BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro.** Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro, Ed. Revan, 2003.

BISCHOFF, Juliana. **Aspectos jurídicos de internações psiquiátricas compulsórias para crianças, adolescentes e jovens dependentes de crack: a experiência do município do Rio de Janeiro.** 2012. Monografia (Bacharelado em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília.

BRITO, Márcia Elizabeth Gatto. **O outro lado de uma política de governo na reprodução e perpetuação de desumanidades: o recolhimento de crianças e adolescentes em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro.** 2011. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CARVALHO, Jônatas C. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional.** Trabalho apresentado na VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 17 a 21 de outubro de 2011.

CARVALHO, Salo de. **A atual política brasileira de drogas: os efeitos do processo eleitoral de 1998.** Revista Brasileira de Ciências Criminais, n. 34, 2001.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Luam, 1997.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social.** 4ª Ed., Vozes, Petrópolis, 2003.

CASTRO, Lola Aniyar de. **Criminologia da Reação Social.** Rio de Janeiro, Ed. Forense, 1983.

CBDD. **Política de drogas: novas práticas pelo mundo.** Rio de Janeiro: Viva Rio, 2011.

CHALHOUB, Sidney. **Medo branco de almas negras: escravos, libertos e republicanos na cidade do Rio.** Papéis Avulsos, Crime e Castigo, vol. 2. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, 1986.

ESCOHOTADO, Antonio. **O Livro das Drogas: Usos e abusos, desafios e preconceitos.** São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FELIX, Jorge Armando. **A Construção da Política Brasileira sobre Drogas.** Primeiro Simpósio Internacional de Segurança e Políticas Públicas sobre Drogas. Fevereiro de 2008. Disponível em: http://www.publicsecurity.icosgroup.net/documents/New_Approaches/Novas_Abordagens.pdf. Último acesso: 16/12/2013.

IORE, Maurício. **Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”.** Texto apresentado na XXVI Reunião Anual da ANPOCS, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir.** O nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2003.

FRAGA, Paulo César. **A geopolítica das drogas na América Latina.** Revista Em Pauta, n. 19, 2007, p. 67-88.

FREY, Klaus. **Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil.** Planejamento e Políticas Públicas, nº 21, p. 211-259, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.** Nova York, Anchor Books, Doubleday and Co., Inc., 1961.

GRECO Filho, Vicente. **Tóxicos: prevenção e repressão**. 10 Ed. São Paulo, Ed. Saraiva, 1995.

HUNT, Michael H. **Ideology and U.S. Foreign Policy**. New Haven-Londres: Yale University Press, 1987.

LA FEBER, Walter. The American Search for Opportunity, 1865-1913. Vol. II. In: Cohen Warren I. (ed). **The Cambridge History of American Foreign Relations**. Nova Iorque-Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

LIMA, Rita de Cassia C.; TAVARES, Priscilla. **Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo**. Argumentum, Vitória, ES. V. 4, N. 2, p. 6-23, jul/dez, 2012.

LOPES, Luciano Santos. **A contribuição de Alessandro Baratta para a criminologia crítica**. De Jure - Revista Jurídica do Ministério Público de Minas Gerais. 2002.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda de saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais.

MELOSSI, Dario. **Instituzioni di Controllo Sociale e Organizzazione Capitalistica del Lavoro. Alcune ipotesi di ricerca**. Carcere ed Emarginazione Sociale. La Questione Criminale, n° 2-3, 1976.

MERTON, Robert King. **Teoria Social e Estrutura**. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

MEUDT, V. **Drogen und ffenthchkeit**. Munique, 1977.

MORAIS, Paulo César de C. **Drogas e políticas públicas**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.

OLMO, Rosa Del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro, Ed. Revan, 1990.

OLMO, Rosa Del. **La internacionalización jurídica de la droga**. Revista Nueva Sociedad, n. 112, 1991, p. 102-114.

PAVARINI, Massimo. **In Tema di Economia Politica della Pena: i rapporti tra Struttura Economica e Lavoro Penitenziario alle Origini Del Sistema Capitalistico di Produzione**. Carcere ed Emarginazione Sociale. La Questione Sociale, m° 2-3, 1976, Bologna, Ed. Il Mulino.

PERNAMBUCO FILHO, P.; BOTELHO, A. **Vícios Sociais Elegantes**. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1924.

RESTREPO, Andrés López. **Por tu bien, y sobre todo por el mío: fundamentos y altibajos del proibicionismo estadounidense**. Análisis Político, n. 46, 2002.

RODRIGUES, Luciana. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico e Militarização nas Américas: Vício de Guerra**. Rio de Janeiro, Contexto Internacional, PUC-Rio, v. 34, n. 1, jan/jun 2012, p. 9-41.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico, uma guerra na guerra**. São Paulo, Ed. Desatino, 2003.

RODRIGUES, Thiago. **Política de drogas e a lógica dos danos**. Verve, 3: 2007, p. 257-277.

ROSANVALLON, Pierre. **A Nova Questão Social**. Instituto Teotônio Vilela, Brasília, 1998.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos. In: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Isabel Valadão (org.). **O Estudo da Política: tópicos selecionados**. Brasília: Paralelo 15, 1998.

RUSCHE, Georg. **Punição e estrutura social**. Rio de Janeiro, Instituto Carioca de Criminologia/Freitas Bastos, 1999.

SICA, Leonardo. Funções manifestas e latentes da política de war on drugs. In: REALE Jr., Miguel (Coord.). **Drogas: aspectos penais e criminológicos**. P. 11-12, 2005.

SILVA, Joyce Aragão. **O recolhimento compulsório de menores dependentes químicos frente à doutrina da proteção integral à criança e ao adolescente**. Revista de Direito da UNIGRANRIO, 2011.

SOUZA, Ana C. T. **Hegemonia e estratégias de combate ao narcotráfico em um regime internacional de controle de drogas ilícitas**. 2011. Monografia (Bacharelado em Relações Internacionais) – Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas IBMEC-RJ.

SOUZA, Delma. **A questão do uso e abuso de drogas no contexto das políticas sociais brasileiras**. Revista de Educação Pública, Cuiabá, v. 5, nº 8, jul/dez 1996.

TORRES, José Henrique. **La política de drogas y su conformación en el ámbito judicial**. Serie “Reforma Legislativa en Materia de Drogas”. TNI & WOLA, 2009, nº 2.

UCHÔA, Paulo Roberto Y. M. **Política Brasileira sobre Drogas**. Primeiro Simpósio Internacional de Segurança e Políticas Públicas sobre Drogas. Fevereiro de 2008. Disponível em:

http://www.publicsecurity.icosgroup.net/documents/New_Approaches/Novas_Abordagens.pdf
f. Último acesso: 16/12/2013.

VARGAS, Eduardo Viana. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social das drogas legais e ilegais. In: DUARTE, Luis Fernando Dias e LEAL, Ondina Fachel (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas Etnográficas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ZACCONE, Orlando. **Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas**. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**. Rio de Janeiro, Ed. Revan, 1991.

Outras fontes virtuais

G1 RJ. **Epidemia de crack está fora de controle, adverte especialista.** 08/06/10. Disponível em: <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2010/06/epidemia-de-crack-esta-fora-de-controle-adverte-especialista.html>. Último acesso: 07/12/13.

OBID. **Programa de redução de danos no Brasil.** Ministério da Justiça, 2007. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/artigo_cientifico/ler_artigo_cientifico.php?id_artigo_cientifico=9. Último acesso: 16/12/2013.

R7. **Epidemia do crack atinge 98% dos municípios brasileiros.** Entrevista com Antônio Flávio Testa. Brasília Ao Vivo, 22/2/12. Disponível em: <http://entretenimento.r7.com/love-school-escola-amor/video/epidemia-do-crack-atinge-98-dos-municipios-brasileiros-4f44492e3d1466066ca1b7e1/>. Último acesso: 7/12/13.

SANCHES, Mariana; PAGGI, Matheus. **Internar à força resolve?** Revista Época, 05/09/2011. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI255395-15257,00-INTERNAR+A+FORCA+RESOLVE.html>. Último acesso: 16/12/2013.

VEJA. **“O crack virou epidemia”, adverte ministro da Saúde, Alexandre Padilha.** Coluna do Ricardo Setti, 19/11/11. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/politica-cia/o-crack-virou-epidemia-adverte-o-ministro-da-saude-alexandre-padilha>. Último acesso: 07/12/13.

VIVA RIO. **Viva Rio e prefeitura lançam projeto Casa Viva.** Publicado em 12/09/2013. Disponível em: <http://vivario.org.br/viva-rio-e-prefeitura-inauguram-unidade-do-projeto-casa-viva/>. Último acesso: 17/12/2013.