

## DEBATE

## Política de drogas e a coragem da luta

Thiago RODRIGUES<sup>1</sup>

## A violência do universal

“Every society is a high society”. É assim, com picardia, que o pesquisador britânico Mike Jay (2012) abre seu livro *High Society: mind-altering drugs in History and Culture* a fim de afirmar que todo grupo humano no planeta tem na relação com substâncias psicoativas uma de suas práticas sociais mais elementares. Assim, para Jay (2012), todas as sociedades, nossas antepassadas diretas ou as que nos pareçam mais exóticas, são e foram marcadas pela presença de pessoas *high* – “altas”, ébrias, em estados alterados de consciência. Essa constatação, no entanto, não é inédita. Ao contrário, ela foi há muito registrada por historiadores, antropólogos, sociólogos numa cada vez mais ampla literatura sobre a história das drogas e de seus usos (ESCOHOTADO, 1998; COURTWRIGHT, 2002; CARNEIRO, 2005). No entanto, sua aparente obviedade continua sendo analiticamente potente porque vivemos num mundo de intensa busca por psicoativos pautada por uma política mundial que divide

essas substâncias em duas categorias – legais e ilegais – com consequências múltiplas e problemáticas. Compreender que as drogas psicoativas fazem parte do cotidiano das sociedades significa notar que incontáveis regras sociais foram produzidas ao longo de milênios a fim de estabelecer parâmetros para a intoxicação química. Das mais restritivas às mais permissivas, essas regras foram constituídas determinando quem poderia utilizar que droga, em quais momentos e com que finalidade. Sempre locais e móveis esses princípios foram modificados no ritmo das transformações dos valores, práticas e correlações de força instauradoras de novas verdades. Não haveria, assim, uma *ontologia das drogas*, ou seja, uma

---

<sup>1</sup>Thiago Rodrigues é professor no Departamento de Estudos Estratégicos e Relações Internacionais da Universidade Federal Fluminense (UFF, Brasil), pesquisador no Núcleo de Sociabilidade Libertária (NuSol/PUC-SP) e um dos fundadores do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP). E-mail: <[th.rodrigues@gmail.com](mailto:th.rodrigues@gmail.com)>.

essência ou natureza que determine os psicoativos *bons* ou *ruins*, mas incontáveis modos de lidar com drogas, controlá-las, usá-las, impor limites e extrapolá-los (PASSETTI, 2005). Do mesmo modo, também não houve, historicamente, modelos que universalmente procuraram banir algumas dessas substâncias, autorizando a existência de outras. Assim foi até a emergência de uma novidade: o proibicionismo.

Há cerca de um século, começou a se consolidar um padrão jurídico-político que procurou fixar um padrão universal para reger as relações humanas com drogas psicoativas. Forjado na sincronia entre iniciativas diplomáticas e reformas legais domésticas, o proibicionismo não despontou como mero conjunto de leis penais referentes a alguns psicoativos, tampouco teve uma origem única, claramente demarcável. São muitas as suas procedências e muitas as forças sociais que contribuíram para o seu estabelecimento. A partir das últimas décadas do século XIX começaram a se articular o rechaço moralista ao uso de certas drogas e a associação racista e xenófoba de certas drogas com determinados grupos sociais (minorias estrangeiras, maiorias miseráveis) chegando à incorporação dos psicoativos às políticas de Estado voltadas à saúde das populações.

O proibicionismo não foi instaurado por um só tratado internacional, tampouco se restringe a normativas

internacionais. Além disso, sua elaboração e espraiamento não se devem pela iniciativa ou imposição de apenas um país. Se é fato que os Estados Unidos foram a ponta de lança do proibicionismo na sua fase de construção internacional e são até hoje os seus maiores financiadores, sua adesão global responde a intencionalidades políticas, geopolíticas e a táticas de governo de cada país membro desse curioso regime internacional que tem a capacidade de congrega, sem sobressaltos, países de convívio conturbado como os EUA, Irã, China, Cuba, Síria e Israel.

A tessitura do proibicionismo como o regime global de controle de drogas psicoativas foi um processo de simultaneidades: de um lado, os planos domésticos sobrepostos e articulados (moralismo, controle sanitários das populações, controle criminal de grupos sociais específicos) e, de outro lado, a assinatura de tratados que comprometiam Estados com a reforma de suas leis domésticas, tornando-as cada vez mais restritivas e repressivas. É importante, assim, não considerar que o proibicionismo seja uma política de origem única, mas que tendeu a fixar um padrão mundial estanque e restritivo, que definiu quais as substâncias psicoativas poderiam ser produzidas, comercializadas e usadas e quais não poderiam (McALLISTER, 2000). Sobre as incontáveis práticas sociais que por muito tempo – às vezes, vários séculos – regularam os usos de psicoativos, impôs-se um

modelo unitário que desconsidera autoritariamente as incontáveis soluções locais para as relações entre pessoas e drogas. Em suma, sobre as histórias singulares das drogas tentou-se impingir uma *utopia autoritária* que, na ânsia de atingir o inalcançável, acabou por seletivamente perseguir, controlar, prender, matar e segregar determinados hábitos, substâncias e pessoas.

### **A Redução de Danos em meio aos combates**

A consolidação do regime internacional proibicionista em 1961, com a Convenção Única da ONU, foi seguida, na década seguinte, pela declaração da chamada *guerra às drogas* pelo governo estadunidense que adicionou aos já existentes níveis do proibicionismo o da militarização do combate ao narcotráfico a partir da avaliação de que ele seria uma ameaça à segurança nacional e internacional (HERSCHINGER, 2011; RODRIGUES, 2012). Cerca de cem anos após as primeiras iniciativas proibicionistas – e quarenta de *guerra às drogas* – ficou explícita a incapacidade dessa via para alcançar aquilo a que se propôs: hoje, o uso de psicoativos lícitos e ilícitos é muito mais expressivo do que na década de 1910 e a criminalização produziu um potente negócio transterritorial – o narcotráfico – que mobiliza uma guerra diária e ininterrupta entre grupos narcotraficantes, militares, paramilitares e polícias com milhares de mortos todos os anos.

Diante da continuidade e da intensificação do narcotráfico e da produção e consumo de drogas, começaram a se ouvir vozes críticas de muitos matizes e procedências. Um dos campos onde se desenvolveu um importante debate foi o da saúde, impulsionado, principalmente, pelo despontar das chamadas políticas de Redução de Danos (RD), na Europa dos anos 1980. Muitos profissionais da saúde de então, com epicentro na Holanda, reconheceram que a meta da abstinência no tratamento de usuários de drogas injetáveis era uma perigosa utopia que, no caminho, deixava um rastro de contaminações por HIV e hepatite entre outras doenças. Daí, o início de uma abordagem mais próxima dos consumidores que incluiu programas de troca de seringas, orientações sobre higiene, distribuição de material esterilizado, teste de pureza de drogas, encaminhamento voluntário para internação e a instalação de salas de aplicação controlada de drogas.

Em meio à persistência e continuidade do proibicionismo e da *guerra às drogas*, as políticas de RD ganharam audiência e defensores em muitos países. No Brasil, a entrada da RD pela pioneira e muito combatida iniciativa de distribuição de seringas descartáveis pela prefeitura de Santos, em 1989, teve que esperar mais de uma década para conseguir maior espaço no debate público e nos programas nacionais de saúde pública. É nesse debate e nesse contex-

to que se inscreve o artigo de Rita Cavalcante e Priscilla Tavares. As autoras, ousando mais do que simplesmente relatar os atuais problemas da política brasileira sobre drogas, decidem enfrentar essa temática visando o mais polêmico dos seus desdobramentos atuais: as operações e programas contra o crack.

Cavalcante e Tavares compreendem que ênfase dada ao crack, e a tônica epidemiológica dada à questão, são mostras do precário e instável momento da política de drogas no Brasil, situado num espaço de indefinições e ambiguidades que se aceleraram nos mandatos de Lula da Silva e de Dilma Rousseff. Isso acontece porque, de um lado, houve a abertura de brechas significativas nas políticas de Estado sobre drogas, como a inclusão da RD como uma das diretrizes nacionais de saúde pública em documentos como a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, e a Política Nacional sobre Drogas, de 2005. No entanto, ao mesmo tempo, há continuidades repressivas, como evidencia a nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343, de 2006) que registrou a distinção entre “usuário” e “traficante” sem, no entanto, estabelecer critérios objetivos que os distinguíssem, deixando o poder de definição nas mãos da autoridade policial.

Com isso, na prática, persistiu o procedimento instaurado na Lei de Tóxicos, de 1976, editada, portanto,

na ditadura civil-militar, e que já trazia a diferenciação entre “usuários” e “traficantes” sem critérios de diferenciação. Desse modo, a Nova Lei sustenta e *oficializa*, no Brasil, a seletividade punitiva inerente ao proibicionismo, fato que seria comprovável pela constatação de que a população carcerária aumentou muito desde 2007 graças, em boa medida, ao aprisionamento de jovens pobres, negros e pardos por crimes relacionados ao tráfico de drogas. Citando trabalhos recentes das juristas Maria Lúcia Karam e Luciana Boiteux, Cavalcante e Tavares destacam essa seletividade, afirmando como ela se expressa nas atuais políticas sobre o crack com sua combinação entre repressão e assistencialismo.

A violação dos direitos humanos dos usuários ficaria patente, na análise das pesquisadoras, na utilização de comunidades terapêuticas, muitas de cunho religioso, dedicadas ao ‘tratamento’ de usuários visando a abstinência, recolhidos compulsoriamente pelos novos programas de internação involuntária que se espalham pelo país. O assistencialismo representado pelos programas de tratamento obrigatório seria, para ambas, defendido por psiquiatras, donos de clínicas e de comunidades terapêuticas interessados no dinheiro do Fundo Nacional Antidrogas e demais aportes financeiros municipais e estaduais que configurariam um verdadeiro negócio da internação. Não obstante, para Cavalcante e

Tavares, a entrada em cena da RD como política federal, a partir dos anos 2000, alterou a correlação de forças, abrindo um embate com as posturas proibicionistas já entrencheadas nas políticas sobre drogas e nas instituições públicas e privadas destinadas a dirigi-las e aplicá-las.

Nessa luta, as autoras vêm conquistadas significativas para os defensores da RD e de posturas críticas ao proibicionismo. Um exemplo seria a publicação pelo Ministério da Saúde, em 2011, da Portaria 2488 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica e regulamentou a Estratégia de Saúde da Família, incrementando iniciativas como os Consultórios de Rua pautados pela tônica da proximidade com o usuário morador de rua e pela abordagem de RD que não tem a abstinência como meta, tampouco a imposição de tratamento médico. Nessa virada de década, Cavalcante e Tavares identificam, também, o investimento nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) como um “dispositivo fundamental”. Essas movimentações teriam sido contra-arrestadas, ainda segundo as autoras, por pressões dos grupos vinculados às comunidades terapêuticas, aos segmentos médicos contrários às políticas de RD e aos grupos religiosos com representação política. Com isso, apesar da inclusão da RD nos documentos recentes do governo federal, as comunidades terapêuticas também foram con-

templadas com apoio oficial, o que implica reconhecimento político e verbas públicas.

A situação, portanto, estaria indefinida, num combate que, segundo as autoras, poderia ser analisado seguindo o conceito gramsciano de “guerra de posição”. A disputa seria pela hegemonia na definição da política nacional sobre drogas e, nessa guerra, a batalha mais importante e visível do momento estaria em torno dos programas sobre o crack, seus usuários e os métodos de abordagem da questão. De um lado, a hegemonia atual, proibicionista, com seus expoentes representados, entre outros, pelos psiquiatras e juristas proibicionistas e as comunidades terapêuticas; de outro lado, as iniciativas de profissionais da saúde, políticos, militantes e cientistas sociais interessados em confrontar táticas repressivas ainda em meio a uma legislação nacional afinada à proibição internacional. As políticas de RD, assim, seriam armas nesse cruento combate, travado trincheira por trincheira.

### **A astúcia do combate**

As políticas de RD trouxeram, de fato, uma novidade incrustada na hegemonia proibicionista. Ao reconhecer que a abstinência como meta não favorecia os usuários em situação delicada, os profissionais da RD aproximaram-se da constatação histórico-sócio-antropológica de que não há sociedade que não tenha relação com drogas psicoativas. A-

briu-se um espaço de não julgamento da prática de intoxicar-se que é um passo para fora das bases moralistas e sanitaristas do proibicionismo e, com isso, foi possível produzir programas de saúde inovadores e de respeito aos usuários e suas práticas em países ainda comprometidos com o regime de proibição. Os princípios de RD encontram ressonância, inclusive, com o abolicionismo penal, como destaca Edson Passetti, porque lidam “[...] com situações-problemas, compondo parcerias com interessados” (PASSETTI, 2005, p. 76). Para o abolicionismo penal libertário, cada evento que no direito penal se tipifica como “crime” é compreendido, sem ontologia, como um acontecimento único, uma *situação-problema*, que pode ser equacionada diretamente entre as partes envolvidas visando compensações, com uma mediação que facilite alcançar um resultado satisfatório para ambos os lados e não que julgue baseado na aplicação de uma pena universal fundada na cultura do castigo. Passetti valoriza, assim, o elemento de contato direito, caso a caso, entre profissional da RD e usuário, sem juízo moral quanto ao uso, sem punição pelo consumo e interessada nas necessidades e vontades de cada um.

O respeito ao usuário e a aceitação de seus hábitos não significam a defesa do uso de psicoativos, o abandono da abstinência como meta futura ou mesmo um compromisso contra o proibicionismo. A leitura

de instauradores da RD e de profissionais da saúde nessa perspectiva não indica, necessariamente, uma afronta ao proibicionismo. Ao contrário, há uma diversidade de posições que vão desde os mais combativos antiproibicionistas até algo como um *fatalismo tático* que perceberia na RD um meio mais eficaz para se aproximar do usuário a fim de levá-lo para longe do seu hábito (RODRIGUES, 2003). Desse modo, haveria – no heterogêneo conjunto de praticantes e formuladores de RD – orientações entre o enfrentamento e a acomodação com o proibicionismo.

A polêmica atual em torno das interações compulsórias de usuários de crack em situação de rua coloca em primeiro plano não apenas as diferentes posições de profissionais da saúde, juristas, ativistas dos direitos humanos, políticos, ONGueiros e cientistas sociais, como também, deixa à mostra que diretrizes oriundas das RD aparecem combinadas à tradicional ênfase repressiva e proibicionista. Um exemplo são os Consultórios de Rua (CR), citados e valorizados na análise de Cavalcante e Tavares. Após sua experimentação piloto em Salvador, entre 1999 e 2006, os CR tornaram-se um dos dispositivos defendidos pela perspectiva da RD, como indica o documento *Consultórios de Rua e o SUS*, editado em 2010 pelo Ministério da Saúde (PLENA et al., 2010).

O texto apresenta os vínculos que os autores veem entre CR e os princípios de RD, prevendo a instalação de dezenas de unidades nas cidades mais populosas do Brasil. Também desse ano, o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas* estabelece um vínculo com a abordagem integrada e intersetorial, com atenção ao usuário, estabelecida, por exemplo, no projeto dos CR (BRASIL, Decreto n. 7.179/2010). No entanto, o documento combina seções e parágrafos voltados à “[...] atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social dos usuários de crack e outras drogas” (§ 2º I) com outros centrados na “ampliação das operações especiais voltadas à desconstituição das redes de narcotráfico” (§1º VII) conduzidas pelas polícias e Forças Armadas. Assim, o Plano, em consonância com a Política Nacional sobre Drogas, de 2005, e com a Lei 11.343, de 2006, articula *saúde e segurança, assistência e repressão*.

Ainda que essa dupla presença possa ser lida como uma fase transitória em direção a uma maior liberalização da política sobre drogas – fruto de insistentes combates numa “guerra de posição” – seria preciso destacar um elemento interessado em fortalecer a necessária atenção às astúcias desse combate. Voltando à época de conformação da proibição das drogas, é possível notar que a hoje visível ênfase repressiva, ou seja, a do tratamento dessa questão como um problema de segurança

pública, não foi a primeira dimensão do proibicionismo, tampouco é sua única. Antes da efetiva criminalização de práticas relacionadas a certos psicoativos – o que, concretamente, criou novos “crimes” – as drogas passaram por um processo de regulamentação no campo daquilo que Michel Foucault chamou de *biopolítica*. No amplo conjunto de táticas de governo das populações voltados a gerir as dinâmicas próprias do conjunto de seres humanos, a concessão de um adicional de saúde, de “[...] uma vida melhorada” (FOUCAULT, 2003, p. 383) foi um elemento fundamental e a questão das drogas não foi excluída.

A biopolítica desenvolveu-se em meio a táticas de medicina social que foram cruciais para a organização, gerenciamento e controle das populações nas sociedades capitalistas emergentes no século XIX. Nesse contexto, o estabelecimento de regulamentos sobre psicoativos foi uma das mais tardias inclusões táticas da biopolítica, iniciada em princípios do século XX (RODRIGUES, 2012a). A justificativa inicial para a produção de leis e tratados sobre drogas foi a questão de saúde pública, construída como discurso que recobria parcialmente interesses moralistas, políticos e econômicos. A criminalização foi o movimento seguinte e complementar, visando proteger um bem público: a saúde de todos e cada um. Só então, com a criminalização, veio o mercado ilícito e com ele o “problema de segurança pública”.

Assim, *saúde pública* e *segurança pública* não são abordagens antitéticas na história das políticas sobre drogas. Ao contrário, cada um desses elementos compõe com o outro um duplo que se reforça e alimenta.

Nesse sentido, não basta evocar um deslocamento da lógica da segurança pública para a da saúde pública, como muitos progressistas fazem atualmente, para resistir ao proibicionismo. A assistência, o cuidado e o acolhimento são ações componentes das táticas biopolíticas e não apenas a repressão. Por isso, a mesma iniciativa que trata com atenção individualizada, olhos nos olhos e respeito à pessoa que é usuária de psicoativos pode, também, estar articulada a recombinações e reprogramações do sistema punitivo e proibicionista. Assim, iniciativas como os CR podem ser portas para internações compulsórias que nada mais são do que atualizações de práticas higienistas que se redimensionam numa nova “tecnologia do governo das ruas” (NU-SOL, 2011) que faz dos princípios de RD meios *humanizados assistenciais* para o apreendimento dos que são considerados indesejáveis. Então, o que era potencial abertura de espaços liberados de punição, torna-se dispositivo capturado pela lógica punitiva. De modo similar, os governos paulista e fluminense tem se esforçado por defender suas políticas de internação compulsória em termos assistenciais, colocando os programas de internação compulsória sob a responsabilidade de suas secretarias de

assistência social, em colaboração com as de segurança pública. Eis a astúcia do inimigo.

Cavalcante e Tavares citam o conceito de “guerra de posição” de Gramsci, autor que também destacou o instrumento da *cooptação* das forças revolucionárias como um dos recursos mais importantes para se sustentar uma hegemonia. A sedução dos opositores e a incorporação de certas demandas aumentariam o campo do consenso enquanto drenassem as potências revolucionárias. Pensando com Foucault, e também com Gilles Deleuze, é possível analisar a importância das *capturas de resistências*, cada vez mais velozes e ágeis, que nos fluxos da sociedade de controle diluem com rapidez aquilo que se posiciona contra as múltiplas e mutáveis táticas de governo sobre si.

O que parece aumentar a propensão da RD a ser *capturada* é a falta de guerrear abertamente o proibicionismo. Não basta ser favorável à descriminalização de algumas drogas ou de algumas práticas, porque isso apenas reconfigura as seletividades que são próprias do proibicionismo. Tampouco é suficiente defender medidas de *saúde pública* enquanto persiste a ilegalidade, pois essa combinação está na base mesma do proibicionismo. É preciso atacar de frente a continuação da prisão e da criminalização, sem tergiversar ou fazer concessões, mesmo quando defendidas com argumentos



pragmáticos e realistas. A opção tática da “guerra de posição” é possível, mas sempre sob o risco das inúmeras capturas cotidianas, veladas ou explícitas, intencionais ou involuntárias. Enquanto houver proibicionismo, a punição de usuários estará presente, travestida de humanitarismo ou escancarada no extermínio e prisão para jovens e adultos.

Inocular práticas divergentes, incômodas e dissonantes nas estruturas proibicionistas pode ser uma potente e heterotópica tática de luta. Cavalcante e Tavares parecem reparar nisso, não evitando expor-se ao enfrentamento. Se a proibição não é natural, mas um produto histórico das lutas é possível, então, posicionar-se e contra-atacar, revertendo situações e fazendo emergir novas e antigas práticas relacionadas às drogas, a fim de combater, com coragem e desassombro, as violências que o proibicionismo nos impõe.

## Referências

- BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas:** Resolução n. 03/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005.
- BRASIL/Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas:** Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010.
- CARNEIRO, H. **Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas.** Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2005.
- COURTWRIGHT, D.T. **Las drogas y la formación del mundo moderno.** Barcelona: Paidós, 2002.
- ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas.** Madrid: Alianza Editorial, 1998. v. 1-3.
- FOUCAULT, M. A ‘governamentalidade’. In: MOTTA, M. B. da. **Ditos & Escritos.** Trad. De Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, v. 4, p. 281-305.
- FOUCAULT, M. **Segurança, território, população.** Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- HERSCHINGER, E. **Constructing global enemies:** hegemony and identity in international discourses on terrorism and drug prohibition. Nova York: Routledge, 2011.
- JAY, M. **High Society:** mind-altering drugs in History and Culture. Londres: Thames & Hudson, 2012.

McALLISTER, William. **Drug diplomacy in the XXth century**. Nova York: Routledge, 2000.

NU-SOL. Tecnologia do governo das ruas. **Hypomnemata**, n. 135, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.nusol.org/hypomnemata/boletim.php?idhypom=163>>.

PASSETTI, E. Abolicionismo penal, medidas de redução de danos e uma nota trágica. **Verve**, São Paulo, n. 7, p. 75-85, 2005.

PLENA, M.G. et. al. **Consultórios de Rua e o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a lógica dos danos. **Verve**, São Paulo, n. 3, p. 257-277, 2003.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico, uma guerra na guerra**. 2. ed. São Paulo: Desatino, 2012.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização na América Latina: vício de guerra. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, jan./jun. p. 09-41, 2012a.