

Era uma vez: uma pequena história do cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas

DÊNIS ROBERTO DA SILVA PETUCO



FAZ JÁ ALGUNS ANOS que sou chamado a contribuir com processos de formação sobre uso de álcool e outras drogas dirigidos a trabalhadores de saúde ou da assistência social, de serviços como Caps AD, ESF, Consultório na Rua, Cras, Creas, Abrigos e Albergues. Há menos tempo, também para trabalhadores da segurança pública (guardas municipais, bombeiros, policiais civis e militares). Nessas atividades, gosto de reservar um tempo para uma “pequena história” do cuidado e das políticas públicas construídas para fazer frente ao uso de álcool e outras drogas. Faço isso porque me parece potente este olhar para a descontinuidade histórica das práticas relacionadas ao tema das drogas, como exercício de desnaturalização ante políticas e estratégias contemporâneas

Não obstante, os conteúdos desses encontros jamais ganharam as páginas de qualquer publicação. É que sempre me pareceu pouco prudente deitar no papel palavras sobre o tema sem a realização de estudos mais aprofundados, de pesquisas de maior fôlego. Afinal de contas, eu não sou um historiador das drogas, como o são Antonio Escohotado, Virgínia Berridge ou Henrique Carneiro: sou um rele cientista social que compartilha com Michel Foucault a noção de que a história das práticas sociais relacionadas a um determinado campo de intervenções é de extrema importância para a compreensão das lutas e dos processos que constituíram esse mesmo campo.

Antiguidade: controle e cuidado de si

Início este percurso caminhando com Carla Mourão (2001), que invoca Foucault para falar de uma *enkrateia toxicon*. Em sua história da sexualidade, Foucault (2006, p. 61) explica que “[. . .] a *enkrateia* se caracteriza sobretudo por uma forma ativa de domínio de si que permite resistir ou lutar e garantir sua dominação no terreno dos desejos e dos prazeres”. Era considerado “virtuoso e temperante”, portanto, não o sujeito “[. . .] que não tem mais desejos, mas aquele que deseja com moderação, não mais do que convém, nem quando não convém” (Ibidem, p. 66). Emerge um cuidado de si que posiciona, no centro das preocupações, não uma moralidade avessa aos prazeres, mas uma dietética que tem por objetivo uma vida “útil e feliz” (Ibidem, p. 96). No que concerne ao uso de drogas (sobretudo o álcool), tal perspectiva se materializava na noção de temperança (*sofrósia*), que apontava na direção do controle, do uso cuidadoso dos prazeres, e não na abstinência.

Para Escohotado, a primeira experiência histórica de repressão relacionada às drogas deu-se com a perseguição aos cultos dirigidos a Baco, em Roma, por volta de 186 antes de Cristo. Sem nenhuma legislação específica, o cônsul Espúrio Postumio mandava executar sumariamente os participantes dos ritos ao deus do vinho, e negligenciando inclusive o legítimo processo jurídico a que tinham direito quaisquer cidadãos romanos. Sob tal regime, no entanto, não se conseguiu acabar com os bacanais: a chamada “peste dionisíaca” só chegou ao fim quando Baco foi oficialmente assimilado ao panteão de deuses romanos. Ao que tudo indica, havia razões políticas por trás dessa perseguição aos praticantes de ritos ligados ao vinho, como também foram políticas as razões que levaram à perseguição, séculos mais tarde, de outro grupo em cujos rituais se utilizava o vinho: os cristãos (Escohotado, 2005, pp. 33-34).

Ao que parece, foram também os romanos os primeiros a legislar sobre uso de drogas. Preocupado com a ocorrência de algumas intoxicações graves, o imperador romano Alexandre Severo (222-235) mandou proibir o uso de datura (conhecida no Brasil por diferentes nomes: trombeta, cartuxo, dama-da-noite, beladona,

flor de cemitério. . .), e também o pó de cantárida (um preparado feito à base de moscas espanholas trituradas!), ambas intensamente consumidas nos bordéis de Nápoles (Escohotado, 2005, p. 31). Eram, no entanto, drogas consumidas por poucas pessoas; os romanos preferiam o vinho, o ópio e a maconha, que não eram proibidas, estando sujeitas apenas às restrições da tradição. O vinho, por exemplo, era vedado às mulheres e aos homens com menos de trinta anos de idade (Ibidem, p. 33).

Com a cristianização do Império Romano, os ritos e saberes pagãos são jogados na ilegalidade. Valentiniano I, que governou entre 364 e 375, condenava à pena de morte quem participasse de cerimônias com vinho. Até o século X, o uso de drogas, mesmo com fins terapêuticos, era sinônimo de heresia (Escohotado, 2005, p. 40). Paralelamente, no mundo islâmico, o uso de drogas não era proibido e as propriedades medicinais das plantas seguiam sendo estudadas — estudos, aliás, que permitiram ao Ocidente resgatar uma parte dos conhecimentos sobre plantas que foram destruídos nos primeiros anos do cristianismo (Ibidem, p. 43). As coisas seguiram assim entre os muçulmanos até meados do século XIII, quando começam a surgir as primeiras sanções ao uso de algumas drogas, como o haxixe. Não demorou muito para que os usos de diversas substâncias — maconha, haxixe, vinho — fossem proibidos também no Islã (Ibidem, p. 48).

Uma noite de mil anos

Ao longo da Idade Média, cristaliza-se a associação de drogas não alcoólicas à bruxaria, à sensualidade e às mulheres. Mesmo assim, e ainda que as pessoas acusadas de se envolverem com drogas fossem penalizadas com tortura e morte, tais práticas jamais desapareceram por completo (Escohotado, 2005, pp. 52-3). Também nas Américas, a Inquisição perseguiu os nativos, devido a práticas ancestrais de uso de drogas, ainda que não fossem encontradas ligações entre o uso dessas substâncias e o erotismo, posto que os ritos ameríndios possuíam características muito mais introspectivas que os *sabbats* europeus (Ibidem, p. 54).

As práticas inquisitoriais de controle, inclusive sobre o uso de drogas, definham devagar antes de serem completamente revogadas. As Cruzadas aproximaram os europeus dos saberes islâmicos sobre fármacos e drogas. Lentamente, os chás e unguentos começaram a sair das trevas a que haviam sido relegados, e começou a se tornar comum que médicos da nobreza europeia prescrevessem drogas aos seus pacientes (Escotado, 2005, p. 60). Não obstante, até que as fogueiras fossem definitivamente apagadas, muitas condenações ocorreram:

A cruzada contra as bruxas mostrará como a perseguição pode multiplicar ao infinito certo dano, real ou imaginário. Em uma Europa cuja população girava em torno dos três milhões de habitantes, inquisidores católicos e protestantes queimaram vivas a umas 500.000 pessoas entre os séculos XV e XVII, além de expropriar os bens de muitos milhões mais (Escotado, 2005, p. 58).

Entre a alta Idade Média e o fim das Cruzadas, prolifera pela Europa um dispositivo destinado à segregação dos leprosos, que está na gênese de uma das mais importantes estratégias de manejo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (o manicômio). Inicialmente destinados a questões totalmente distintas, os leprosários foram uma presença constante por todo o território europeu, até que a lepra praticamente desaparecesse do mundo ocidental, em meados do século XV. Já no século XVI, milhares e milhares de leprosários esvaziam-se (Foucault, 2004, pp. 3-7), e permanecem em quase total abandono até serem ocupados por novos moradores: os indesejáveis das cidades, os loucos e demenciados, dentre os quais sempre haverá lugar para os bêbados miseráveis (Ibidem, p. 49).

Luzes e sensações

Com o Renascimento, as drogas tornam-se propriedade dos homens de ciência (Escotado, 2005, p. 60). Dentre as figuras de

destaque está Paracelso, um dos responsáveis por retirar as drogas do universo fantasmagórico em que foram situadas, explicando seus efeitos a partir dos princípios ativos das substâncias (Ibidem, p. 64). A aura mítica das drogas foi se reduzindo, permitindo o afrouxamento das legislações que levavam perigo, não apenas às pessoas que as usavam, mas também às que as preparavam, vendiam e administravam.

Ao que tudo indica, a medicalização do uso de drogas data do século XVII. Destacam-se as teorias de Felix Plater, que considerava o uso de drogas como possível causa externa de distúrbios mentais (Pessotti, 1999, p. 34). No século XVIII, nos Estados Unidos, começam a surgir os primeiros rumores de que talvez houvesse algo além da vontade pura e simples instigando as pessoas ao uso de álcool e outras drogas. Uma das referências mais antigas diz respeito a um estudo sobre os efeitos da parada súbita depois do uso longo e abusivo de ópio (Ibidem, p. 16). Com relação ao álcool, podemos citar este trecho de um artigo científico do século XVIII:

[. . .] aqueles de hábito leve, que tentaram superar sua fragilidade nervosa através da ajuda da bebida alcoólica, muitos deles começaram a usar este tóxico, por convicção de sua utilidade e não por uma questão de gosto; porém, como o alívio é temporário, o uso frequente, para manter seus efeitos, conduz à mesma ilusão até que, finalmente, o que era obtido por compulsão torna-se apego à bebida e um pequeno gole de brandy ou de gin com água torna-se tão necessário quanto o alimento; o sexo feminino, por sua natural fragilidade, adquire esse costume gradativamente, e o tóxico, ingerido em pequenas doses, apesar de lento em sua ação, não é menos doloroso em seus efeitos (Lettson, apud Berridge, 1994, p. 15).

Ainda que as bases para o desenvolvimento de um olhar do médico sobre o uso de álcool e drogas já estivessem presentes no século XVIII, esse processo irá realmente ganhar corpo apenas no século XIX, quando também começam a constituir-se as primeiras controvérsias. Para os pioneiros, os problemas com álcool e drogas, até então tratados na esfera religiosa e moralista, deveriam

encontrar seu devido lugar sob o olhar criterioso da medicina. Expressões como “doença” e “transtorno de vontade” tornam-se cada vez mais comuns. Na Europa, ganha corpo a ideia de que a embriaguez constante seria uma decorrência de disfunções no sistema nervoso central. Surgem também as primeiras considerações acerca de possibilidades genéticas, categorizadas como “degeneração hereditária”. O surgimento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas contribuía para reforçar ideias de insanidade moral e paralisia da vontade, reforçando as teorias sobre degenerescência, tão em voga na época (Berridge, 1994, p. 17).

No entanto, entender o surgimento de um olhar patologizante sobre o uso de álcool e drogas como sendo uma construção restrita às ciências médicas implica uma visão reducionista da questão. O desenvolvimento de diferentes perspectivas no campo da saúde articula-se às forças políticas, sociais e culturais de seu tempo. Já em fins do século XIX emergiam movimentos higienistas que começavam a defender propostas como a restrição do ópio aos usos médicos e proibição de bebidas alcoólicas (Escotado, 2005, p. 97).

Tempos modernos

O século XIX caracterizou-se por uma verdadeira explosão de usos de uma infinidade de drogas. Liberto das amarras medievais, o sujeito moderno possui uma curiosidade insaciável, que se expressa não apenas no florescimento da ciência, mas também na busca de sensações novas, vividas inclusive com drogas que podiam ser livremente experimentadas em locais como opiários ou clubes de fumadores de haxixe. A literatura desse período registrou esse movimento em diversos livros, dos quais o mais famoso talvez tenha sido *Paraísos artificiais*, de Baudelaire:

O homem não escapará à fatalidade de seu temperamento físico e moral, o haxixe será, para as impressões e os pensamentos familiares do homem, um espelho que aumenta, mas um simples espelho (Baudelaire, 1998, p. 23).

O ópio, cujos efeitos também são descritos por Baudelaire no mesmo livro, tornou-se uma das drogas mais consumidas pelos europeus do século XIX. Parte importante desse produto vinha da China, trazida especialmente por portugueses, holandeses e ingleses. No século XVIII, houve a primeira proibição do comércio de ópio com a Europa, resultando em forte descontentamento popular, diante do qual o governo chinês optou por endurecer ainda mais, proibindo não só o comércio, mas também o plantio de ópio, alegando que o uso da substância já havia atingido as camadas mais elevadas da sociedade chinesa na época (Escohotado, 2005, p. 83).

A escalada repressiva em torno da produção e comércio do ópio, com adoção de pena de morte e destruição de estoques armazenados, desemboca na Guerra de Ópio no século XIX, declarada pela Inglaterra contra o governo chinês. A derrota dos chineses, no entanto, não resulta em legalização do comércio, que segue nominalmente proibido, ainda que efetivamente regulado e autorizado. Pouco anos depois do fim da Guerra do Ópio, o contrabando já supera a casa dos cinco milhões de quilos anuais enviados para a Europa. Tal é a situação quando os chineses se negam a pagar as indenizações previstas no tratado de paz, e irrompe uma segunda Guerra do Ópio, vencida mais uma vez pelos ingleses (Escohotado, 2005, p. 85). A resposta do governo chinês, desta vez, foi diferente: ao invés de endurecer nas legislações restritivas como havia feito antes, os chineses optam pela legalização da produção e do comércio de ópio, não apenas internamente, mas abrindo inclusive a possibilidade de que chineses se envolvessem, direta e legalmente, com o comércio internacional de ópio. O negócio expandiu-se rapidamente, e em poucos anos a China ameaçava dominar todo o mercado asiático. Em resposta, o parlamento inglês aprovou uma declaração que tornava o comércio de ópio em larga escala como uma “empresa moralmente injustificável” (Ibidem, p. 86).

Século XX

Na aurora do século XX surgem as teorias da adicção. O termo “adicto” vem do inglês, *addiction*, e significa “dedicação total”, mas

tem raiz no latim *adictum*, termo utilizado na Roma Antiga para descrever os que, por dívida, tornavam-se escravos de seus credores por um tempo determinado, ao fim do qual a dívida cessava. De modo geral, a medicina considerava que todos os usuários contumazes de álcool e outras drogas eram *adictos*, independente de o consumo ser moderado ou não, e a *adição* passou a ser considerada uma doença (Berridge, 1994, p. 16). Em países como a Inglaterra, pessoas que usavam morfina (problema que emergiu nesse país depois da Primeira Guerra Mundial) passaram a ter tratamento especializado à sua disposição, o que pode estar associado ao fato de ser esta uma droga costumeiramente consumida por pessoas de classes sociais mais abastadas. As pessoas com problemas ligados ao consumo de álcool, por sua vez, passam a receber um olhar mais condescendente de profissionais e serviços de saúde (Ibidem, p. 18). Não obstante, e em diversos lugares do mundo, a política pública para o tratamento de bebedores de classes desfavorecidas seguiu sendo a internação compulsória em instituições asilares, prática que em pouco ou nada se diferenciava dos modelos morais com investimento na segregação, comuns à história do tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Ainda no início do século XX emergem os primeiros esforços para o controle internacional de drogas, contrastando com a intensa liberalidade do século XIX, quando todas as drogas conhecidas podiam ser adquiridas em farmácias e drogarias, em qualquer parte do mundo (Escotado, 2005, p. 97). Nesse contexto, ouvem-se as primeiras vozes em defesa da proibição e controle do uso e do comércio de algumas dessas substâncias, especialmente nos EUA. Dentre essas vozes, duas se destacam: as vozes puritanas, especialmente preocupadas com os imigrantes e seus hábitos considerados “exóticos”, e as vozes embasadas cientificamente, que buscam restringir as drogas aos usos médicos (Ibidem, p. 98). Esses dois movimentos, inicialmente muito frágeis, vão se fortalecer mutuamente ao longo da primeira e da segunda décadas do século XX, resultando mais tarde na Lei Seca (1919-1934), e na restrição do comércio de certas substâncias apenas às pessoas que possuíssem receita médica (Ibidem, p. 102). Em 1937, a maconha também será colocada na ilegalidade nos EUA (Ibidem, p. 112). Os

países europeus foram bastante reticentes em apoiar tais iniciativas estadunidenses. Entre 1912 e 1914, foram realizadas três conferências internacionais sobre o tema na cidade de Haya, que tiveram a função de introduzir o tema nas esferas internacionais, mas sem maiores conseqüências.

Com o fim da Primeira Guerra Mundial, os problemas relacionados aos ex-combatentes e suas “neuroses de guerra” provocam sérios abalos às concepções de degeneração hereditária como explicação para problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, o que contribuiu para o fortalecimento de uma vertente até então desprestigiada: a psicanálise. Textos como este, do oficial médico inglês do Hospital Real para os Abalos ao Sistema Nervoso, davam a tônica:

[. . .] a necessidade do álcool não se torna imperativa, a menos que haja uma grande discrepância entre o consciente e o inconsciente — isto é, quando há uma grande quantidade de energia psicológica alojada no inconsciente, sob um símbolo que está muito distante da possibilidade de aplicação consciente (Nicoll, apud Berridge, 1994, p. 22).

Outro importante problema relacionado às drogas na Inglaterra, nos anos subsequentes ao final da Primeira Guerra Mundial, dizia respeito às pessoas que tentavam parar com o uso de morfina, mas que padeciam de terríveis sofrimentos em decorrência de severas crises de abstinência. Surgem nesse contexto as primeiras práticas de cuidado amparadas na noção de redução de danos, que buscam a melhorias das condições gerais de saúde das pessoas envolvidas com o uso problemático de drogas, sem que a abstinência seja colocada como único e inequívoco caminho. Como forma de amenizar o mal-estar decorrente da abstinência de morfina, o Relatório Rolleston preconizava a oferta de outros opioides mais seguros e menos danosos. Hoje, essas recomendações materializam-se na administração de metadona e também na oferta de heroína para dependentes da droga (Mello & Andrade, 2001, p. 42).

Sem sombra de dúvida, o surgimento dos grupos de Alcoólicos Anônimos é uma referência importante na história das estratégias

de tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas constituídas ao longo do século XX. Segundo a própria irmandade, “a centelha que daria origem ao primeiro grupo de AA foi acesa em Akron, Ohio, em junho de 1935, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de Valores de New York e um médico de Akron” (Alcoólicos Anônimos, 1994, p. 11). A abordagem articula a partilha e o encontro solidário entre pares a um percurso ético-espiritual de autoanálise — o caminho de doze passos (Alcoólicos Anônimos, 1994). Hoje existem grupos de AA espalhados por todo o planeta, e os doze passos se tornaram fonte de inspiração, não apenas para o tratamento em instituições, mas para irmandades focadas em imensa variedade de outras questões, para além do uso de álcool e outras drogas.

Do outro lado do Atlântico, chama atenção que os ingleses tenham inovado no campo da saúde mental nos momentos de pós-guerra. Foi assim com as terapias de substituição recomendadas para dependentes de morfina (recomendação posteriormente estendida aos heroínômanos), e também foi assim com o desenvolvimento das primeiras comunidades terapêuticas. Ao final da Segunda Guerra Mundial, o psiquiatra Maxwell Jones estava descontente com as abordagens tradicionais da psiquiatria para uma série de problemas, dentre os quais se destacavam as neuroses de guerra. Realiza então uma pesquisa, que aponta para a inexistência de base biológica na totalidade dos casos tratados na instituição por ele dirigida. Decidido a inovar, Jones inicia todo um trabalho de reorientação do trabalho terapêutico e da totalidade das relações no interior do hospital, substituindo a tradicional hierarquia por uma maior horizontalidade na relação entre a equipe técnica e os pacientes (Jones, 1972). As comunidades terapêuticas como as conhecemos hoje, com ênfase na abordagem religiosa e voltadas ao tratamento de questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, surgiram nos Estados Unidos apenas no final dos anos 50 (De Leon, 2003).

A partir dos anos 50, as discussões sobre os problemas relacionados ao uso indevido de álcool e drogas alcançaram nível mundial, resultando na criação de comitês especializados em questões associadas ao uso de álcool e outras drogas, vinculados à Organização

Mundial de Saúde (OMS). A definição adotada pela organização para o uso problemático de álcool e outras drogas oscilou, durante muitos anos, entre problema médico e social. Em 1964, a adoção da noção de “dependência de drogas” reuniu tanto adicção quanto hábito, não lhes fazendo distinção. Nesse período, as definições levavam em conta principalmente os aspectos bioquímicos, deixando em segundo plano as dimensões sociais e psicológicas (Berridge, 1994, p. 24).

Em 1961, os países membros da Organização das Nações Unidas assinaram a Convenção Única de Entorpecentes, com diretrizes globais para o enfrentamento da *cadeia produtiva das substâncias qualificadas como ilícitas*¹ (Unodc, 1961). Com a convenção, o tema das drogas passou a integrar a agenda permanente das Nações Unidas, resultando na criação do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (Unodc), com a missão de articular os Estados Membros com respeito a políticas de drogas. Com o tempo, outras convenções foram se somando, o número de países envolvidos foi se ampliando, os investimentos em repressão foram aumentando. A meta da convenção de 1961 era erradicar o ópio em quinze anos, cocaína e maconha em vinte e cinco; não obstante, a produção e o consumo não apenas não diminuíram como aumentaram muito, sem falar no surgimento de novas drogas (Jelsma, 2008).

A partir do fim dos anos 70, as definições para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da saúde continuaram provocando polêmicas intensas. Passou-se a buscar um tipo de definição que atendesse aos interesses médicos, mas que ao mesmo tempo fosse capaz de enfrentar as críticas da sociologia e da psicologia. A saída surge com a elaboração de um conceito extremamente flexível, que agrada a todos; o alcoolismo e a adicção, pela definição da OMS, passam a ser registrados como um conjunto de “problemas relacionados ao álcool e às drogas”. Desse modo, considerando que os “problemas” podem ser de qualquer ordem, em qualquer nível, a definição cai no gosto de todos,

1 Expressão criada por Jorge Atilio Silva Ilunianelli (2007) para designar tanto a amplitude da cadeia produtiva (envolvendo produção, industrialização, transporte, comercialização e consumo), quanto à historicidade da qualificação de algumas drogas como ilícitas, em detrimento de outras.

abrindo espaço, inclusive, para a conceituação de que não há tanta importância no ato de beber ou de usar drogas em si mesmo, mas sim nos problemas que eventualmente possam decorrer desse ato. Outra leitura possível é que o aumento da visibilidade do problema “droga” exige ações rápidas; tratar um “problema” é mais rápido do que uma “doença”, que pode até mesmo ser uma condição permanente (Berridge, 1994, p. 25).

Nos anos 80, um fenômeno novo e assustador emergiu: a aids. Compreendida não apenas como doença relacionada a um vírus, mas também como disparador de profundas transformações culturais, a aids não apenas permitiu, mas tornou incontornável o debate em torno de temas até então considerados tabus, como drogas e sexualidade. No que tange às drogas, a transmissão do HIV estava relacionada com o uso de seringas e outros equipamentos para injeção; esses equipamentos, quando compartilhados, permitiam que o vírus fosse transmitido de uma pessoa para outra. Para fazer frente a tal risco, disseminou-se por diversos países do mundo uma iniciativa pioneira da cidade de Amsterdam, projetada para enfrentar uma epidemia de hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis: a disponibilização de seringas esterilizadas, como forma de evitar o compartilhamento de equipamentos de injeção (Verster, 1998, p. 116).

Ainda que extremamente eficiente, essa abordagem enfrentou uma série de polêmicas. Ocorre que a troca de seringas, enquanto estratégia de prevenção da aids, surgiu em meio a um contexto de radicalização no enfrentamento da produção, industrialização, distribuição, comércio e uso de drogas qualificadas como ilícitas. Nos EUA, por exemplo, essas estratégias eram vistas com desconfiança, pois poderiam endossar discursos contrários à “tolerância zero”, adotada como filosofia oficial para o tema das drogas (Lurie, 1998, p. 76). O fato é que as práticas de redução de danos (tanto as trocas de seringas quanto as terapias de substituição) permitiram uma profunda ampliação no escopo de atuação dos profissionais que se dedicam ao trabalho com pessoas que usam drogas. Sem desconsiderar as intervenções que buscam contribuir para uma total abstinência dos usos de drogas, a redução de danos — de modo não apenas prático, mas também teórico e conceitual — permite

conceber o atendimento de situações de risco e/ou vulnerabilidade social associados ao uso de álcool e outras drogas, inclusive nos casos em que as pessoas não conseguem, ou até mesmo não querem parar de usar.

Não demorou muito para que essas concepções, construídas no campo político-reflexivo da luta contra a epidemia de HIV/aids, encontrassem acolhida junto aos grupos e pessoas envolvidos com outras questões dentro do universo da saúde pública, especificamente relacionadas com temas da Saúde Mental. A partir dos anos 50, começam a surgir, em diversos lugares do mundo, diferentes experiências práticas e teóricas que tinham como objetivo a transformação das políticas e das estratégias de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico. Não obstante, e ainda que as pessoas em situações de risco e/ou vulnerabilidade social associadas ao uso de álcool e outras drogas tenham sido sempre objeto das ciências psi, as reflexões com vistas à melhoria no atendimento dessa população demoraram a integrar a agenda da reforma psiquiátrica. O encontro entre as concepções construídas nas experiências concretas de redução de danos e as perspectivas éticas do movimento da luta antimanicomial, ampliou e potencializou ambas, contribuindo para a superação do preventivismo da redução de danos, e do vácuo da saúde mental no que diz respeito ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Hoje, há um reconhecimento relativamente consensual quanto à amplitude dos riscos e/ou vulnerabilidades associadas ao uso de álcool e outras drogas. Ainda que se possam perceber diferenças importantes entre diferentes pesquisadores e teóricos do assunto, há concordância com relação à complexidade do tema, que implica a necessidade de uma atenção integral às pessoas que usam álcool e outras drogas, o que necessariamente inclui suas famílias e redes sociais. Percebe-se também que não se trata de problema passível de ser solucionado com intervenções unilaterais, expressas apenas em ações policiais, ou mesmo de saúde pública. As estratégias precisam ser intersetoriais, envolvendo saúde, segurança, esporte, cultura, educação, assistência social.

Claro que isso não significa que seja essa a realidade. Ao redor do mundo, experiências avançadas de políticas públicas e práticas

de cuidado convivem com o descaso, com a invisibilidade, com a violação de direitos, com o abandono, com a criminalização e com o medo. Se temos países que combinam descriminalização com garantia de amplo acesso às redes intersetoriais, temos por outro lado aqueles em que ainda se determina a pena de morte para pessoas acusadas de envolvimento com drogas. No que tange aos sistemas de tratamento, a Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou recentemente uma nota conjunta, assinada por um grande número de escritórios da organização,² instando os Estados membros das Nações Unidas a fecharem centros de detenção e reabilitação obrigatórios relacionados com drogas (ONU, 2012). A existência dessa nota é um reconhecimento oficial de que as violações de direitos em centros de tratamento para usuários de drogas são uma triste realidade.

E no Brasil. . .

Na Lei de Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro de 1830, dedicada ao tema da saúde pública, o artigo 7.º da seção de saúde traz o seguinte texto:

É proibida a venda e o uso do “pito do pango”, bem como a conservação dele em casas públicas: *os contraventores* serão multados, a saber, em 20\$000, e *os escravos, e mais pessoas que dele usarem*, em 3 dias de cadeia (Robinson, 1999, p. 116, grifo nosso).

Duas coisas chamam atenção no artigo: primeiro, a separação entre *contraventores* e *escravos*, os primeiros condenáveis à multa, os segundos passíveis de reclusão por três dias (um prenúncio da diferenciação entre traficante e usuário, com vantagem para os ven-

2 Alto Comissariado para os Direitos Humanos; Alto Comissariado para os Refugiados; Organização Internacional do Trabalho; Organização Mundial de Saúde; Entidade para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres; Programa sobre HIV/aids; Programa Mundial de Alimentos; Programa para o Desenvolvimento; Organização para a Educação, Ciência e Cultura; Fundo de População; Fundo para a Infância; Escritório sobre Drogas e Crime.

dedores?); segundo, o lugar reservado à figura do *escravo*, destacado com clareza das *demais pessoas* que usassem o *pito do pango*. Não resta dúvida: o objeto de preocupação é o negro escravizado no Rio de Janeiro da primeira metade de século XIX. Rio de Janeiro que à época era a cidade com maior população escravizada do mundo. É provável que as elites brasileiras julgassem perigosas aquelas reuniões de negros em torno do *pito do pango*, e a criminalização de práticas sociais associadas àqueles encontros (também foi assim com a capoeira e as religiões de matriz africana), servia como dispositivo de legitimação de intervenções repressivas. O medo tinha suas justificativas: com a Revolta de São Domingos (1791-1804), o Haiti, a um só tempo, foi a primeira colônia na América a declarar independência e a abolir a escravidão, tornando-se a primeira república dirigida por pessoas negras no continente americano. É bem possível que as notícias da América Central tenham instigado os legisladores a constituírem estratégias de controle sobre os negros escravizados, dentre as quais a criminalização do uso de maconha.

Segundo Fiore (2007, pp. 28-9), as drogas só passaram a ser percebidas como tema para a saúde pública, aqui no Brasil, a partir da primeira década do século XX. Em 1914, o Decreto Presidencial 2.861 ajusta as leis brasileiras à Convenção de Haia (1911), que buscava o controle sobre drogas como cocaína, ópio e morfina. Em 1921, é formada uma comissão para propôr mudanças na legislação sobre drogas; surge o Decreto 4.294, que tornava crime passível de prisão a venda de ópio e cocaína. Além disso, nos casos em que a embriaguez causasse danos a si mesmo ou a terceiros, o encaminhamento deveria ser a internação compulsória. Por fim, e ainda naquele mesmo ano de 1921, o Decreto 14.969 tipifica, “[. . .] pela primeira vez, a figura jurídica do toxicômano numa legislação brasileira” (Fiore, 2007, p. 30).

Avançamos no tempo: em 1932, o Decreto 30.930 (o mesmo que proíbe a maconha) cria a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), que depois viria a ser o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), e mais recentemente, o Conselho Nacional Antidrogas (que depois muda para “Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas”, mas ainda com a sigla “Conad”).

No início do século XX, os primeiros olhares para o assunto vinham embalados por ideais positivistas e higienistas, preocupados em esquadriñar, disciplinar e controlar uma série de hábitos e comportamentos que, tolerados entre as classes privilegiadas, eram condenáveis entre os pobres. Dentre estes hábitos, o uso de álcool:

O fantasma do botequim popular (a boate ou o café burgueses não são objetos de degenerescência) aparece na representação deste imaginário como instituição ameaçadora para os valores da sociedade, pois é o lugar do pecado e do vício (Rago, 1987, pp. 196-7).

Nos sonhos positivistas, o Brasil do século XX devia ser industrializado, higiênico e livre de vícios. O lema inscrito no centro da bandeira não deixava dúvidas: era preciso manter a “ordem” para garantir o “progresso”. Os trabalhadores precisavam ser física e moralmente saudáveis. Ou para citar uma socióloga brasileira ao referir-se ao mesmo momento histórico, nos Estados Unidos: “[. . .] o avanço tecnológico vivenciado nesse período exigia uma mão de obra rápida, ativa e. . . sóbria” (Carlini-Cotrim, 1998, p. 20).

No entanto, este conjunto de ideias de inspiração positivista demorou para se manifestar na forma de um construto legal minimamente sólido e organizado. Não que não houvesse formas de regulação sobre as drogas e seus usos e, principalmente, sobre as pessoas que usavam certas drogas. Nos primeiros anos da República, a Inspetoria de Entorpecentes, Tóxicos e Mistificação era responsável pela repressão às práticas religiosas de matriz africana, a capoeira e o uso de drogas (notadamente maconha), na cidade do Rio de Janeiro. A criminalização dessas três práticas penalizava sobretudo a comunidade negra, que tinha recentemente se libertado do jugo da escravidão. São desse período expressões como maconeiro e macumbeiro, de caráter pejorativo, presentes no jargão policial da época (Vidal, 2008). Assim como a expressão “capoeira”, usada para designar pessoas negras em conflito com a lei.

Os primeiros indícios de uma política sistematizada em torno da cadeia produtiva de substâncias tornadas ilícitas irão aparecer apenas no final dos anos 30. Para o Decreto-Lei 891, de 25 de

novembro de 1938, a “toxicomania” é uma “doença de notificação compulsória”, para a qual é obrigatória a internação em “hospital para psicopatas”, ou estabelecimentos privados congêneres. O comércio e o uso eram penalizados da mesma forma (Brasil, 1938).

Durante a Ditadura Militar, o Brasil ingressou definitivamente no cenário internacional de combate às drogas. Segundo a Lei 6.368 de 1976, era dever de todos “[. . .] colaborar na prevenção e repressão”, e quem se recusasse poderia ser acusado de “colaborador” (Brasil, 1976). As drogas passaram a ser tratadas como assunto de segurança nacional, e ganhou força uma sistematização em torno dos binômios dependência-tratamento e tráfico-repressão, que correspondem ao consumidor-doente e ao traficante-delinquente (Carvalho, 2007, p. 23). Assim como as leis sobre drogas nos EUA permitiram maior controle de populações consideradas “perigosas” (especialmente imigrantes), a lei de drogas de 1976 oferecia aos órgãos de repressão da Ditadura Militar um construto jurídico útil ao controle de grupos de militância política, especialmente no movimento estudantil (Vidal, 2008).

Em 1989, ocorre a primeira tentativa de implementação de estratégias de redução de danos em terras brasileiras. O pioneirismo coube à cidade de Santos, que ostentava à época não apenas um grande número de pensadores e militantes da reforma sanitária brasileira em sua secretaria municipal de saúde, mas também a triste condição de uma das cidades com o maior número de casos de aids. Diante disso, a gestão santista tentou materializar em práticas concretas o que já havia sido definido pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988, ou seja: saúde como direito de todos e dever do Estado. E para garantir que este “todos” incluísse também os usuários de drogas que não queriam ou não conseguiam interromper o uso, seria preciso inventar o princípio da equidade um ano antes da aprovação da Lei 8.080 de 1990. Como parte de uma ampla política de enfrentamento à epidemia de aids, foi anunciado um programa de saúde para levar aos usuários de drogas injetáveis uma série de informações sobre os riscos associados ao compartilhamento de seringas, ensinando-os como higienizar os equipamentos de uso de drogas (nem se falava ainda na disponibilização de seringas esterilizadas). O preço do ineditismo foi alto:

o programa foi suspenso antes mesmo de começar, e os gestores foram processados criminalmente pelo crime de facilitação ao uso de drogas (Mesquita, 1998, p. 102). O Brasil precisou esperar até 1995 para ter um programa de redução de danos sustentável, que foi organizado na cidade de Salvador, como um projeto de extensão da faculdade de medicina (Andrade, 2011).

Como decorrência da política de controle de precursores imposta pelos Estados Unidos, o refino da cocaína tornou-se uma atividade deveras dispendiosa para os produtores da droga. No Brasil, a consequência dessa política foi o escasseamento da cocaína refinada e o aumento da presença do crack, da merla, da pasta base e de outras formas de cocaína fumada. Esse processo começou a se verificar na virada do século, e ensejou profundas reflexões entre as pessoas e organizações envolvidas com o desenvolvimento de ações de projetos de redução de danos. De um lado, havia quem imaginasse o desaparecimento dessas estratégias, em vista da inexistência de uma ligação direta entre uso de crack e infecção por HIV ou qualquer outro vírus de transmissão sanguínea; de outro lado, havia quem percebesse que os anos de trabalho de campo junto a usuários de drogas injetáveis permitiu a construção não apenas de novas formas de abordagem, mas também de uma nova ética do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas.

Em 2003, o Ministério da Saúde lança sua política de atenção integral a usuário de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Particularmente, gosto de pensar nessa política como sendo o marco de um terceiro nascimento da redução de danos: num primeiro momento, as terapias de substituição; num segundo, as trocas de seringas; num terceiro, a redução de danos entendida como paradigma, como princípio ordenador, como diretriz do cuidado. Nesse documento, a redução de danos é apresentada como uma abordagem que “[. . .] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (Ibidem, p. 10). Ou seja: para muito além de um mero cardápio de procedimentos que variam conforme a droga utilizada, a redução de danos passa a ser vista como uma forma de pensar o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Passaram-se trinta anos até que fosse aprovada uma nova legislação sobre drogas no Brasil. A Lei 11.343 de 2006 trouxe como principal novidade o fim da pena de prisão para a pessoa que porta drogas ilícitas para uso pessoal. Como contrapartida, as penas para o crime de tráfico foram ampliadas. Entretanto, as diferenças entre “traficante” e “usuário”, algo que sempre foi problemático, permaneceram indefinidas na lei de 2006, ficando na dependência da interpretação dos agentes de Segurança Pública (que instruem o processo por meio da descrição do momento em que se deu o flagrante), e dos operadores do Direito (que tomam suas decisões muitas vezes a partir das informações oferecidas pelos policiais). A definição entre “traficante” e “usuário” leva em conta não apenas a quantidade de droga apreendida, mas outras questões como: o modo como essa droga estava acondicionada (em uma única embalagem ou dividida em dez embalagens?); o local em que ocorreu o flagrante (foi na saída de um ponto de venda, ou em meio à boca?); o histórico da pessoa (é réu primário ou tem fixa na polícia). Para a pesquisadora Luciana Boiteux (2009, pp. 110-1), seria preciso superar a diáde “traficante-usuário”, pois não se pode equiparar uma pessoa que revende drogas para sustentar seu consumo, com um barão do tráfico internacional.

Hoje, há um campo minado em torno do tema das drogas. Parlamentares, secretários de estado, prefeitos, ministros e a própria presidenta da República têm-se manifestado constantemente sobre o assunto. No Congresso Nacional, as polêmicas são intensas, e se foi preciso esperar trinta anos para que uma nova lei de drogas viesse substituir o construto legal organizado pelo legisladores da Ditadura Militar, a Lei de 2006 não conseguiu completar nem mesmo uma década antes de ser fortemente questionada, tanto por progressistas quanto por conservadores. Neste momento, circula entre deputados e senadores um projeto de lei complementar que modifica profundamente a atual lei de drogas brasileira, buscando adequá-la ao pânico moral construído em torno do crack. Mas a grande novidade não é esta, e sim o fato de que, pela primeira vez na história do País, há uma controvérsia pública. Pessoas e instituições dividem-se, defendendo posições muito diferentes. Hoje, há uma esfera pública constituída em torno do tema

das drogas. Do ponto de vista histórico, talvez esta seja a maior novidade. E sem dúvida, é uma boa novidade.

Referências

- Alcoólicos Anônimos. *Alcoólicos Anônimos: a história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo*. São Paulo: Junaab, 1994.
- . *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: Junaab, 1995.
- Andrade, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 16, n.º 12, pp. 4665-74, 2011.
- Baudelaire, C. *Paraisos artificiais: o ópio e poema do haxixe*. Porto Alegre: L&PM, 1998.
- Berridge, V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards, Griffith & Lader, M. (orgs.). *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, pp. 13-33.
- Boiteux, L. *Tráfico de drogas e Constituição* (relatório de pesquisa). Série Pensando o Direito, n.º 1. Rio de Janeiro: Faculdade Nacional de Direito (UFRJ); Brasília: Faculdade de Direito (UNB), 2009.
- Brasil. Decreto-Lei n.º 891, de 25 de novembro de 1938. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/De10891.htm>; acessado em 17-8-2010. 1938.
- . Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm>; acessado em 17-8-2010. 1976.
- . Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Carlini-Cotrim, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: Aquino, J. G. (org.). *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998, pp. 19-30.
- Carvalho, S. *A política criminal de drogas no Brasil (estudo criminológico e dogmático)*. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2007.
- De Leon, G. *A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Escototado, A. *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama, 2005.
- . *O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios*. São Paulo: Dynamis, 1997.
- Fiore, M. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado das Letras, 2007.

- Foucault, M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- . *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- Iulianelli, J. A. S. Maconha que se planta no Norte, Nordeste e Centro Oeste: breve análise do conjunto de notícias sobre plantio de maconha no Brasil, veiculadas pelo boletim virtual Drogas e violência no Campo entre abril de 2005 e maio de 2007. *Boletim virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 3, n.º 7, 2007. Disponível em <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=174>; acessado em 24-9-2013.
- Jelsma, M. Las políticas de drogas de Naciones Unidas: una visión crítica. In: Touzé, G. D. (org.). *Visiones y actores del debate: III y IV Conferencia Nacional de Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2008, pp. 267-82.
- Jones, M. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes, 1972.
- Lurie, P. Quando a ciência e a política colidem: a resposta do Governo Federal dos EUA aos Programas de Troca de Seringas. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, pp. 73-86.
- Mello, A. & Andrade, T. Redução de danos: princípios e práticas. In: Pinheiro, R.; Silveira, C. & Guerra, E. (orgs.). *Drogas e aids: prevenção e tratamento*. Belo Horizonte: Fhemig/Centro Mineiro de Toxicomania, 2001, pp. 37-53.
- Mesquita, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis — polêmica nacional. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, p. 101-12.
- Mourão, C. Enkrateia toxicon: o “combate às drogas” e a regulação dos prazeres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, ano 2, n.º 1. Rio de Janeiro: Uerj, 2002, pp. 89-102.
- Organización de las Naciones Unidas. *Declaración conjunta: centros de detención e rehabilitación obligatorios relacionados com las drogas*. ONU, 2012.
- Pessotti, I. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 1999.
- Rago, L. M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Robinson, R. *O grande livro da cannabis*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- UNODC. *Single Convention on Narcotic Drugs (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961)*. Disponível em <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>; acessado em 21-8-2010. 1961.

- Verster, A. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In: Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.). *Troca de seringas: drogas e aids. Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids: Ministério da Saúde, 1998, p. 115-124.
- Vidal, Sérgio. Da diamba à maconha: usos e abusos da Cannabis sativa e da sua proibição no Brasil. *Boletim Virtual Drogas e Violência no Campo*, ano 4, n.º 11, 2008. Disponível em <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=304>; acessado em 17-8-2010.