

O Espectro da Guerra: Justiça, Saúde e Racismo nas Políticas Antidrogas Brasileiras

Tiago Alves Miranda*

Orcid.org/0000-0002-0340-1366

Luiz Augusto Monnerat Celes

Orcid.org/0000-0002-4290-074X

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Resumo

Este artigo demonstra, com foco na realidade brasileira, que o conjunto de políticas e práticas sociais antidrogas forma um “espectro da guerra” composto por múltiplas táticas terapêutico-sanitárias e jurídico-policiais que estão em relação de suplência e complemento entre si. O espectro estende-se desde os discursos e práticas calcados na proteção à vida, até os discursos e práticas moldados na construção simbólica e material de inimigos a serem neutralizados ou eliminados – com preponderância para os últimos. Ambas as linhas de atuação são encontradas na saúde ou na justiça, inexistindo separação estanque entre estas áreas, e, sim, continuidade. Para demonstrar essas intrincadas relações, o estudo analisa como a saúde e a justiça se ocuparam do problema das drogas ao longo da história do Brasil, dando centralidade às relações raciais. Para fundamentar o “espectro da guerra”, utiliza-se o conceito de guerra exposto por Michel Foucault, no curso *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), quando afirmou que a política é a continuação da guerra por outros meios. Para Foucault, as relações de poder dominantes em uma sociedade derivam de uma guerra que teve lugar no seio do povo, em que um grupo se impôs sobre o outro. Compreende-se que a guerra fundante da nação brasileira é a dominação escravagista e o extermínio de negros. As relações de poder vigentes na sociedade e nas instituições – incluindo a “guerra às drogas” – são continuções dessa guerra originária que até o presente insiste em encarcerar e exterminar grandes estratos da população.

Palavras-chave: Guerra às drogas, proibicionismo, Foucault, saúde, justiça.

* Correspondência: E-mail: tmiranda654@gmail.com.

The Spectrum of War: Law Enforcement, Health Care, and Racism in Brazilian Anti-Drug Policies

Abstract

This article demonstrates, focusing on the Brazilian reality, that the set of anti-drug policies and social practices forms a “spectrum of war” composed of multiple therapeutic-sanitary and law enforcement tactics that replace and complement each other. The spectrum extends from discourses and practices based on the protection of life to those shaped by the symbolic and material construction of enemies to be neutralized or eliminated – with a preponderance for the latter. Both lines of action are found in health or justice, without a clear separation between these areas but, rather, a continuity. To demonstrate these intricate relationships, the study analyzes how health and justice dealt with the drug problem throughout the history of Brazil, with a central focus on race relations. To substantiate the “spectrum of war”, we use the concept of war exposed by Michel Foucault, in the course *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), when he stated that politics is the continuation of war by other means. For Foucault, the dominant power relations in a society derive from a war that took place within the people, in which one group imposed itself over the other. It is understood that the founding war of the Brazilian nation is slave domination and the extermination of black people. The power relations that prevail in society and institutions – including the “war on drugs” – are continuations of this original war that to this day insists on incarcerating and exterminating large portions of the population.

Keywords: War on drugs, prohibitionism, Foucault, health policies, law enforcement.

El Espectro de la Guerra: Justicia, Salud y Racismo en las políticas Antidrogas Brasileñas

Resumen

Este artículo demuestra, centrándose en la realidad brasileña, que el conjunto de políticas y prácticas sociales antidrogas forma un “espectro de guerra” compuesto por múltiples tácticas terapéutico-sanitarias y jurídico-policiales que se reemplazan y complementan entre sí. El espectro se extiende desde discursos y prácticas basados en la protección de la vida hasta aquellos moldeados por la construcción simbólica y material de enemigos que deben ser neutralizados o eliminados – con preponderancia para estos últimos. Ambas líneas de actuación se encuentran en la salud o la justicia, sin una separación clara entre estas áreas y, más bien, una continuidad. Para demostrar estas intrincadas relaciones, el estudio analiza cómo la salud y la justicia abordaron el problema de las drogas a lo largo de la historia de Brasil, dando centralidad a las relaciones raciales. Para fundamentar el “espectro de la guerra”, utilizamos el concepto de guerra expuesto por Michel Foucault, en el curso *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), cuando afirmó que la política es la continuación de la guerra por otros medios. Para Foucault, las relaciones de poder dominantes en una sociedad derivan de una guerra que tuvo lugar dentro del pueblo, en la que un grupo se impuso sobre el otro. Se entiende que la guerra fundacional de la nación brasileña es la dominación esclavista y el exterminio de los negros. Las relaciones de poder vigentes en la sociedad y las instituciones –incluida la “guerra contra las drogas”– son continuación de esta guerra original que hasta el día de hoy insiste en encarcelar y exterminar a grandes estratos de la población.

Palabras-clave: Guerra contra las drogas, prohibicionismo, Foucault, política de salud, justicia.

O proibicionismo, caracterizado pelo controle legal transnacionalizado do comércio e do uso de determinadas substâncias psicoativas, foi uma iniciativa capitaneada pelos Estados Unidos da América desde o século XIX. O fenômeno, que atingiu proporções globais ao longo do século XX, foi recrudescido na década de 1960, quando o então presidente americano Richard Nixon declarou “guerra às drogas” e propôs uma caçada impiedosa aos infratores das leis antidrogas, que passaram a ser vistos como “inimigos” extremamente perigosos e danosos à sociedade. Nessa linha, nos países nos quais se instalou, o proibicionismo assumiu uma sanha repressiva contra os contraventores, identificados pelos sistemas de justiça e segurança pública como ameaças a serem eliminadas.

Ademais, a proibição das drogas integra, no mundo ocidental, o projeto da medicina de normatização da vida social e monopolização das práticas de cura (Escohotado, 1998/2020). No âmbito das sociedades capitalistas, o processo de produção e reprodução social e material demanda indivíduos cada vez mais produtivos e, para isso, formas de desvio social são confiadas às ciências médicas e terapêuticas (Levine, 1978).

Em todas as áreas de que se ocuparam, o discurso e as práticas médicas objetivaram garantir, gerir e fazer proliferar a vida, além de docilizar os corpos e controlar as populações que sustentam os processos econômicos. Foucault (1976/1988) chamou de biopoder a “grande tecnologia de duas faces” (p. 152), voltada para o governo de indivíduos e coletividade, cujas técnicas se tornaram um importante instrumento do Estado.

Ante o exposto, a medicalização forma, junto com a criminalização, os dois principais eixos pelos quais a modernidade lidou com o fenômeno do consumo de drogas (Fiore, 2005; Vargas, 1998). O fundamento da proibição moderna do uso de drogas é a defesa da saúde (Escohotado, 1998/2020; Fiore, 2005; Silveira, 2021). É para salvar vidas que os infratores das leis de drogas são perseguidos e encarcerados, é em nome da saúde que se faz a “guerra”.

Tem-se, então, uma coalizão entre as instituições sanitárias e as do aparato de controle social do delito, que lutam em uma só e mesma “guerra”. Porém, no “*front*” da saúde, a luta se faz pela preservação da vida das populações e dos indivíduos a que se dirige, enquanto, no “*front*” da justiça e da segurança pública, o outro é um perigo a ser neutralizado por todos os meios à disposição – até mesmo pelo assassinato. Ou seja, a título de preservação da vida de alguns, o proibicionismo pode se prestar à eliminação de outros.

Na teoria foucaultiana, esse fenômeno é explicável pela compreensão de que o exercício do biopoder não prescinde do poder soberano de matar (Foucault, 1976/1988, 1997/2010). No governo dos vivos, o direito de provocar a morte continua vigente, ainda que condicionado à função de proteger a vida da população: “Foi como gestores da vida e da sobrevivência dos corpos e da raça que tantos regimes puderam travar tantas guerras, causando a morte de tantos homens” (Foucault, 1976/1988, p. 149).

No caso da “guerra às drogas”, essa integração entre a preservação da vida e a produção da morte é proporcionada por um conjunto híbrido e multifacetado de mecanismos da saúde e da justiça, de modo que este artigo propõe o objetivo de, com foco na realidade brasileira, demonstrar que as práticas formam uma unidade espectral composta por múltiplas táticas terapêutico-sanitárias e jurídico-policiais que estão em relação de suplência e complemento. O espectro estende-se desde discursos e práticas calcados na proteção à vida, até aqueles moldados na construção simbólica e material de inimigos a serem neutralizados ou eliminados. Ambas as linhas de atuação são encontradas na saúde ou na justiça, embora a relação de inimizade seja dominante nesta última, e a de proteção à vida, na primeira.

Em função da proposta ampliada de articulá-las em um mesmo dispositivo, o estudo ficará restrito à análise dos modelos hegemônicos da saúde e da justiça. Com o aporte de literatura crítica especializada e fontes primárias, exami-

naremos o complexo fenômeno socioinstitucional que ora é violência, ora é cuidado com a vida, à luz da história de dominação racial no Brasil.

O objetivo de alcançar uma compreensão acurada sobre as intrincadas relações entre a saúde e a justiça (que se apresentam e são apresentadas como práticas e instituições distintas), impede que sejam discutidas as muitas controvérsias e conflitos entre saberes, discursos e práticas em uma e outra área. Isto é, a escolha de um objetivo com essa amplitude impõe limitações analíticas, pois a atenção às macrotendências na saúde e na justiça inviabiliza a pormenorização dos debates teóricos, técnicos, políticos e acadêmicos em cada uma dessas áreas, de modo que a vantagem heurística lograda pela articulação do campo jurídico-policial ao clínico-sanitário é contrabalançada pelos prejuízos inerentes ao esforço de síntese realizado no presente artigo.

Outra limitação imposta pelo objetivo é a focalização do estudo na realidade nacional, sem discutir a grande influência do movimento proibicionista internacional para as práticas e para a política interna antidrogas.

Método-Arma

Para alcançar o objetivo proposto, utilizaremos o princípio metodológico apresentado por Foucault (1997/2010) no curso *Em Defesa da Sociedade*, no qual o filósofo sugere a guerra como o analisador das relações de poder. No curso, ministrado no início 1976, no Collège de France, ele defendeu que a guerra é elemento fundante das sociedades e que todas as relações de poder são derivações dessa violência original.

A noção foucaultiana de guerra destoa da fórmula consagrada por Clausewitz (1832/2023), para quem a guerra seria uma continuação da política ou a realização da política por outros meios. Assim, em resgate de discursos histórico-políticos que interpretam as relações sociais como fenômenos de luta, Foucault (1997/2010) inverte a fórmula clausewitziana e sugere que “a

política é a guerra continuada por outros meios” (p. 15).

O filósofo diverge da perspectiva corrente que confina a guerra no extremo da política e sugere que a guerra é uma relação social permanente. Para Foucault (1997/2010), os governos e as instituições de cada Estado resultam de uma guerra que ocorreu entre opositores no seio do povo e que teve como desfecho a vitória de um grupo sobre outro. O desequilíbrio de forças conquistado nos campos de batalha é reconduzido ao campo da política, doravante encarregada de manter a dominação imposta pela força:

A lei não é pacificação, pois, sob a lei, a guerra continua a fazer estragos no interior de todos os mecanismos de poder, mesmo os mais regulares. A guerra é o motor das instituições e da ordem: a paz, na menor de suas engrenagens, faz surdamente a guerra . . . Portanto, estamos em guerra uns contra os outros; uma frente de batalha perpassa a sociedade inteira, contínua e permanentemente. (Foucault, 1997/2010, p. 43)

A guerra não é a suspensão da paz, e a paz não marca o fim da guerra. Mesmo nos atos mais legítimos e ordinários do Estado, nas relações mais corriqueiras, a guerra está presente, conformando o poder à função de instrumento de dominação: “O poder político . . . teria como função reinserir perpetuamente essa relação de força, mediante uma espécie de guerra silenciosa, e de reinseri-la nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, até nos corpos de uns e de outros” (Foucault, 1997/2010, pp. 15-16).

A noção de guerra originária é uma interpretação crítica ao discurso jurídico-filosófico segundo o qual o poder político das democracias liberais é constituído por um contrato firmado entre iguais. Livre e consciente, cada membro do povo teria concordado em limitar os poderes individuais e cedê-los constitucionalmente ao Estado, a fim de instituir um poder soberano. Na crítica foucaultiana, não há uma igualdade original entre sujeitos abstratos teorizada pelos filósofos, mas a subjugação concreta que

se manifesta nas leis, nas instituições, nas relações sociais. A diferença interpretativa tem a vantagem de explicar o fato de que o Estado é um transgressor contumaz dos limites legais autoimpostos e dá tratamento diferenciado aos cidadãos presumidamente iguais – e para isso a fundamentação jurídico-filosófica da soberania é insuficiente.

Ao contrário da concepção de um poder político garantido por força de um contrato, a noção de guerra explica os desencontros entre o efetivo exercício do poder e os discursos e normativas que o fundamentam. A guerra é a verdade secreta de um poder que faz uma imitação canhestra de um contrato e reiteradamente contradiz tudo o que sabe e diz de si.

No eixo teórico foucaultiano, mesmo a desmesura no uso da força e da violência não é um abuso, injustiça ou desrespeito às normas da sociedade, mas o prosseguimento quase espontâneo do esforço de dominação: “A repressão nada mais seria do que o emprego, no interior dessa pseudopaz solapada por uma guerra contínua, de uma relação de força perpétua” (Foucault, 1997/2010, p. 17). Existe continuidade entre condutas aparentemente díspares, como a democracia e o autoritarismo, a justiça e a arbitrariedade, os direitos individuais e suas violações. Enfim, Foucault (1997/2010) apresenta o conceito de guerra que se estende desde o exercício legítimo do poder às violências, assassinatos e abusos.

O conceito foucaultiano ultrapassa a crítica aos excessos do poder, dirigindo-se à ordem e à paz as quais, em função da relação genética com a guerra, podem ser revertidas ou substituídas por variadas formas de violências. A depender das circunstâncias, a guerra pode ressurgir como coerção destinada a manter o desequilíbrio de forças original. Ou seja, a guerra é a própria substância do Estado e da paz, é regra e exceção, causa e finalidade, e está sempre prestes a eclodir como desmesura, injustiças, violações, excessos.

Perceba-se que o conceito de guerra é também um método de análise da realidade social,

pois esta é descrita como a continuação modificada de um conflito arrefecido, mas ocultado e naturalizado nas relações de dominação. Portanto, o presente estado de coisas deve ser iluminado por um passado que é a gênese e, sobretudo, a matriz de inteligibilidade: “. . . cumpre decifrar a guerra sob a paz: a guerra é a cifra mesma da paz” (Foucault, 1997/2010, p. 43). Trata-se de revelar “. . . sob a forma das instituições ou das legislações, o passado esquecido das lutas reais, das vitórias ou das derrotas dissimuladas, o sangue seco nos códigos” (p. 228).

Por fim, é pertinente apontar que a teorização da guerra também pretende ter relevância política. A perquirição da realidade referenciada pela guerra busca se constituir como uma “verdade-arma” (Foucault, 1997/2010, p. 46) que intervenha na correlação de forças por uma denúncia ao exercício do poder, às justificativas e à dissimulação das relações de subjugação nos interstícios da paz, a fim de influenciar o debate público, bem como organizar as ações práticas e discursivas dos indivíduos insatisfeitos com a ordem vigente. Assim, esse discurso “. . . faz a guerra decifrando a guerra e a luta que perpassam todas as instituições do direito e da paz” (p. 144) é “a um só tempo descrição das lutas e arma na luta” (p. 145).

Neste artigo, o objetivo de demonstrar a existência de um espectro da guerra também almeja ter relevância política ao evidenciar a cumplicidade que práticas aparentemente inofensivas ou benfazejas têm com a violência. Além dessa pretensão política, justifica-se a escolha do método-arma foucaultiano por dois motivos. Primeiro, o uso da “relação belicosa” como “princípio de inteligibilidade e de análise do poder político” (Foucault, 1997/2010, p. 21) vem sendo recuperado por alguns autores que se debruçam sobre as expressões contemporâneas da violência (Pelbart, 2020). Segundo, essa linha de análise nos manterá fixados à realidade nacional, permitindo uma interpretação da “guerra às drogas” que tem por referência a formação social brasileira.

Brasil

Para aplicar a teorização foucaultiana ao contexto brasileiro, primeiramente, é preciso demarcar a guerra originária da qual descendemos e que até os dias atuais é o “motor secreto” das instituições e das relações sociais. Nós a localizamos no genocídio que explorou e dizimou povos originários e negros escravizados sobre cujos corpos nosso país foi construído.

Aqui, como em outras nações de capitalismo dependente, o desenvolvimento econômico manteve inalterada a exploração extrema originada na ordem colonial, com a preservação e a intensificação dos privilégios de classe, e a condenação de grandes estratos da população – compostos majoritariamente de negros – à penúria. Por isso, a desigualdade econômica e política só pôde ser conservada pela intransigência de um Estado de índole autocrática e autoritária, bem como pela exclusão sistemática das massas populares da partilha das riquezas nacionais (Fernandes, 1975).

De acordo com Florestan Fernandes (1975), o Estado brasileiro se tornou o típico Estado burguês da América Latina, que “. . . se propõe sufocar pela força, já que não pode resolver, as contradições de uma sociedade de classes dependente e subdesenvolvida” (p. 105). Isto é, a acumulação capitalista, que na ordem senhorial-escravocrata era garantida, em grande medida, pelo poder punitivo absolutista exercido pelos senhores sobre suas propriedades – os negros escravizados –, passou a ser garantida pelo poder punitivo do Estado que, pelas armas policiais e pelas grades das prisões, encarregou-se de submeter as massas à superexploração, à pobreza e à indigência (Flauzina, 2006). Assim, o autoritarismo das classes dominantes comprometidas em conservar seus privilégios reflete-se na repressão estatal sistemática que se institui como uma “nova opressão colonial” (Fernandes, 1995, p. 140).

No contexto de *Em Defesa da Sociedade* (Foucault, 1997/2010), essas ideias fazem perceber que a violência de nossas instituições e sociedade são continuações da guerra colonial

que originou o país. Os períodos ineludivelmente autocráticos de nossa sociedade são somente a expressão máxima de uma tendência autoritária que subjaz e movimenta a institucionalidade nacional (Coutinho, 1979).

Compreendemos que a “guerra às drogas” cumpre importante função na índole autocrático-autoritária da sociedade brasileira. É uma das principais estratégias para direcionar a violência contra a porção negra e pauperizada da população brasileira. As práticas foram, a princípio, realizadas contra negros escravizados, libertos e livres, depois estendidas aos negros e brancos pobres (e em curtos períodos aos inimigos políticos), sobre cujos corpos incidem intervenções condicionadas por uma corporalidade negra (Flauzina, 2006).

Por isso, a formação social do Brasil, com ênfase no racismo construído e perpetuado ao longo da história do país, será o fio condutor da análise das políticas e práticas antidrogas. Isto é, com o aporte da noção foucaultiana de guerra, a formação social racista e classista será o referencial para a seleção e interpretação de ampla, abrangente e atualizada literatura e da legislação brasileira pertinente.

A exposição esboçará marcos lógicos depreendidos da história da saúde e da justiça que indicam a existência de um espectro vida-morte. Cumpre salientar que a categorização desses marcos é uma escolha didática e metodológica para fins de análise do fenômeno da “guerra às drogas”. Entende-se que os marcos são interdependentes e se retroalimentam, confundindo-se uns com os outros – daí a ideia de espectro.

Por fim, destaque-se que, para assinalar o compromisso da saúde e da justiça com os esforços de ampliação da vida e de produção da morte, será necessário estudar por diferentes ângulos as mesmas tramas históricas nas quais estão enredados os discursos e práticas jurídico-policiais e clínico-sanitários. Consequentemente, a intenção de demonstrar a existência de um espectro vida-morte requererá uma construção argumentativa que passa repetidas vezes pelos períodos históricos constituintes da “guerra às drogas”.

Justiça

A Formação do Sistema Penal

A elite brasileira postergou ao máximo, no plano normativo, o fim do trabalho compulsório. Ao longo do século XIX, elaborou leis que concediam liberdades parciais e projetavam uma nova arquitetura de vigilância, punição e controle de negros escravizados e libertos que se imiscuíam em esferas sociais não alcançadas pelos “senhores de escravizados”, e precisavam estar conformados à subalternidade. A progressiva autonomização de escravizados e libertos no cotidiano das cidades exigia a mão firme do aparato jurídico-policial contra os que tinham comportamentos desafiadores, que se organizavam politicamente ou que, por comportamentos indisciplinados, suscitavam medo na minoria branca (Flauzina, 2006).

Fez-se mister, portanto, que a titularidade da tutela dos negros fosse transferida da casta senhorial para o Estado. Em um progressivo deslocamento do sistema punitivo privado em direção ao público, a polícia e o direito penal substituíram a senzala pela prisão. Para isso, os quatro séculos de hierarquia racial justificaram a criminalização da liberdade, da cultura e do existir negro, bem como a centralização estatal da intervenção sobre os corpos negros que poderiam ser torturados, mutilados, encarcerados e assassinados (Flauzina, 2006).

Assim nascia o Estado policial brasileiro, que criminalizava a vadiagem e a ociosidade, mas também manifestações culturais como a música, a dança, a capoeira e religiões de matriz africana (Ab’Sáber, 2022; Flauzina, 2006). Mais do que repressão e perseguição de condutas perigosas, tratava-se de um projeto político para manter uma vigilância constante sobre grandes massas pelo simples fato de estarem livres e serem quem são (Flauzina, 2006).

O incipiente controle legal do uso de drogas, surgido nas primeiras décadas do século XIX, teve essa função e contribuiu para reprimir escravizados, ex-escravizados e descendentes no Rio de Janeiro, a capital do império (Avelar, 2014; Rodrigues & Labate, 2018a). Em 1830, a

embriaguez pública era punida com prisão até que se passassem os efeitos inebriantes da bebida, e o uso de *cannabis* (associado à cultura negra) era punido com prisão de três dias, aumentada para oito dias em 1854 (Avelar, 2014). Ao longo do século XIX, outras cidades, como Santos e Campinas, seguiram o exemplo (A. C. Ribeiro, 2016). Ainda sob a égide do Primeiro Reinado, o sistema penal fora utilizado para perseguir a população negra e seus costumes, a pretexto de coibir comportamentos alegadamente perigosos (Carneiro, 2019; A. C. Ribeiro, 2016; Saad, 2019).

A Identificação do Criminoso

No final dos oitocentos, nossa nascente república liberal não podia admitir a hierarquia racial em leis, como o fizera no regime escravocrata. Porém, também não podia renunciar ao controle punitivo sobre o imenso contingente de negros libertos que, no pós-abolição, foram recusados como excedentes pelo mercado de trabalho ou relegados a subempregos. Por isso, era necessária a criação de um ordenamento jurídico fundamentado em doutrinas racistas, mas assentado por uma tecnicidade que ocultava a hierarquia racial que se pretendia manter.

A época foi marcada pelo racismo científico – assumido pela criminologia positivista e pela medicina social –, que justificava a subalternidade dos negros, atribuindo-a a caracteres de ordem biológica. Nesse pensamento, os ex-cativos e seus descendentes seriam, por natureza, inferiores aos brancos, além de perigosos e propensos a crimes e a revoltas. Seu sangue constituiria, em última instância, uma ameaça à ordem, ao progresso, ao *status quo* e ao futuro da nação, motivo suficiente para fundamentar a criminalização de condutas como a vadiagem, a vagabundagem, a mendicância, a capoeira e as práticas religiosas e curativas ligadas à cultura afro-brasileira (Flauzina, 2006; A. C. Ribeiro, 2016).

O pensamento racista serviu para aprimorar um sistema de administração e vigilância em que polícia e justiça operavam autoritariamente sobre os identificados como prováveis delinquentes.

Com significativo aporte do discurso médico-sanitarista, no início do século XX, a proscrição legal de drogas cooperou para a sujeição dos negros por intermédio do aparato jurídico-policial (A. C. Ribeiro, 2016; E. R. Santos, 2020). Para os médicos da época, alguns psicoativos seriam, por si só, prejudiciais e degenerariam indivíduo e sociedade. Todavia, preocupava-os em especial os efeitos sobre os negros que – em função da constituição débil e pueril – estariam mais vulneráveis aos perigos das substâncias, as quais os tornariam ainda mais perigosos e inclinados ao crime (Adiala, 2011; Carneiro, 2018; J. F. Costa, 2006; Saad, 2019; M. L. Silva, 2015).

Por isso, era imperativo o controle legal de algumas drogas, o que ocorreu já em 1921 (Brasil, 1921a, 1921b), quando se proibiram o comércio e o uso de “substâncias venenosas”, como cocaína, ópio, morfina e derivados. A colusão dos saberes médicos e jurídicos dava lastro aos discursos e práticas que se voltavam seletivamente contra a população negra consumidora de drogas, que, aos olhos da sociedade e da lei, era criminosa e, portanto, passível de sofrer abordagens policiais autoritárias e ser submetida ao sistema penal.

A interpretação racializada dos efeitos das drogas também era aplicada ao consumo de bebida alcoólica. Em vista da dificuldade de proibir uma substância muito disseminada em todas as classes, criminalizou-se, em 1921, a embriaguez pública “que cause escândalo” e a embriaguez habitual (Brasil, 1921a, art. 2º e 3º). Esta foi a solução de compromisso encontrada para controlar os negros (M. L. Silva, 2015), pois eram quem, sob efeito das bebidas, tornavam-se particularmente perigosos (J. F. Costa, 2006; Saad, 2019).

A pena de prisão para usuários de drogas só começou a ser prevista a partir da década de 1930, em leis elaboradas ainda sob a influência das teorias racistas (N. Batista, 1998; E. R. Santos, 2020) que não podiam ser enunciadas no texto das leis. No Código Penal (Brasil, 1940), a matéria ganhou redação controversa que gerou debates jurisprudenciais e doutrinários acerca da aplicabilidade da pena de prisão ou mesmo

da tipicidade criminal do consumo de drogas (Bittencourt, 1986) – discussão que, a rigor, não foi superada até hoje.

Independentemente dos desfechos das polémicas de gabinete, na concretude do cotidiano, o usuário de drogas ilegalizadas era, desde logo, objeto do sistema penal. A suposta periculosidade de negros “intoxicados” por álcool e drogas incitava o autoritarismo e a vigilância do sistema jurídico-policial em expansão (M. L. Silva, 2015), tornando-os suscetíveis a serem abordados, detidos e autuados, e a responderem a processos criminais nos quais eram julgados à luz da (controversa) letra da lei – e dos disseminados preconceitos e teorias raciais.

Em síntese, o combate ao uso e ao comércio de drogas potencializou a capacidade do Estado de encarcerar e oprimir e concorreu para a atualização da violência contra corpos negros que remonta ao cativeiro e ao genocídio colonial (P. H. A. Costa & Mendes, 2022). O racismo hierarquizante e desumanizador de pretensões científicas produziu a ideologia justificatória orientadora do autoritarismo policial e do aprisionamento.

A Reorganização Ditatorial do Autoritarismo

Para perceber como a violência colonial está em continuidade com o controle legal das drogas na atualidade, avançaremos no tempo para o período de transformações ocorridas durante a ditadura civil-militar (1964-1985), que resultaram na configuração hodierna da política antidrogas. No regime autocrático, as técnicas de maus-tratos e assassinato empregadas contra os negros e pobres foram ampliadas e sofisticadas para alcançar os inimigos políticos do governo militarizado (Flauzina, 2006).

Esse capítulo de nossa história recente revelou sem disfarces o autoritarismo organizador da vida social que, no curso dos séculos, impediu a realização de nossas aspirações democráticas. Por ser um momento-chave para a atual configuração da “guerra às drogas”, denota a relação desta com a índole autoritária das relações de dominação e exploração consolidadas na formação social brasileira.

Durante a ditadura, o governo autocrático e a política proibicionista se reforçaram mutuamente. Na época, a legislação antidrogas de caráter marcadamente repressor equiparou o uso e o tráfico de drogas (Brasil, 1968) e aumentou as penas de prisão cominadas para essas condutas (Brasil, 1971), o que concorreu para o endurecimento do conjunto das leis e para a intensificação da violência do regime militar (Rodrigues, 2012; Rodrigues & Labate, 2018b). Outrossim, a doutrina de segurança nacional, que combatia os dissidentes políticos do governo, foi estendida aos criminosos comuns e passou a orientar a atuação da segurança pública de forma geral, fazendo de usuários e traficantes de drogas ilícitas os inimigos do sistema de justiça e os alvos da ferocidade do regime militar (N. Batista, 1998; V. M. Batista, 2014; Carvalho, 2014; Rodrigues & Labate, 2018b).

Depois de equiparar o subversivo (dissidentes políticos) e os infratores das leis de drogas (traficantes e usuários), o regime militar foi o pivô de um segundo aprofundamento da repressão jurídico-policial contra os últimos. Ao passo que nós nos libertávamos do jugo da ditadura, um dos resultados da lenta abertura política foi fazer o traficante de drogas emergir como o grande inimigo de nossa frágil democracia (N. Batista, 1998; V. M. Batista, 2014; Boiteux, 2010). Isto é, em vez de ser extinto, o autoritarismo foi redirecionado no interior do Estado, e o caráter opressor da política criminal de combate às drogas assumiu função estratégica no controle da população e na expansão do capitalismo (Passos & Souza, 2011).

Nesse contexto, a diferenciação entre usuários e traficantes se tornou importante mecanismo de perseguição aos negros e pobres. A partir da extinta Lei nº 6.368, conhecida como a Lei de Tóxicos (Brasil, 1976), o discurso médico voltara a ter maior influência sobre a legislação antidrogas, que passou a preconizar uma diferenciação na severidade das penas previstas para traficantes e usuários de drogas ilícitas e a ofertar tratamento a estes (Boiteux, 2010; Carvalho, 2014). A lei antidrogas em vigor, a

Lei nº 11.343 (Brasil, 2006), acirrou a diferenciação entre usuários e traficantes, abrandando penas e prevendo medidas preventivas ou de tratamento aos primeiros e aumentando o rigor das penas previstas para os últimos¹.

Em que pesem as intenções do legislador, quando a nova lei (Brasil, 2006) foi colocada em prática, a diferenciação entre as condutas de uso e de tráfico foi convertida em diferença de tratamento para segmentos sociais distintos. A exemplo do fenômeno identificado por Olmo (1988/1990) em outros países, no Brasil, os usuários de drogas oriundos de famílias abastadas são tratados como doentes, e os jovens negros e de classes desfavorecidas são identificados como bandidos.

A seletividade penal decorre, em parte, da falta de critérios objetivos para distinguir o usuário e o traficante, o que confere discricionariedade às autoridades policiais e judiciárias para enquadrar os infratores em uma ou outra categoria penal². Uma vez que a Lei nº 11.343 (Brasil, 2006) veda a possibilidade de prisão para usuários,

¹ Nos termos da Lei nº 11.343 (Brasil, 2006), o usuário pode ser penalizado com advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Já o traficante está sujeito a pena de reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de multa.

² Em julgamento recente, o Supremo Tribunal Federal (Brasil, 2024) estabeleceu um critério objetivo para diferenciar entre o usuário e o traficante de maconha. A suprema corte decidiu que quem for flagrado portando “até 40 gramas de *cannabis sativa* ou seis plantas-fêmeas” será presumido usuário. Não obstante esse avanço, será preciso esperar para ver como a decisão será aplicada, pois essa presunção é relativa. Quando houver elementos que indiquem a intenção de comercializá-la, a autoridade policial tem prerrogativa de realizar a prisão em flagrante por tráfico de drogas mesmo quando a erva for portata em quantidades inferiores ao limite estabelecido (Brasil, 2024). Ademais, a referida decisão restringe-se à maconha, enquanto as outras drogas ilegais permanecem sem especificação de critérios objetivos para diferenciar entre usuário e traficante.

o número de sujeitos enquadrados por tráfico de drogas aumentou significativamente, como uma das saídas mais comuns para manter o encarceramento (Campos, 2018). No período de dez anos após a promulgação da referida lei, o número de encarcerados por tráfico saltou de 31 mil para cerca de 203 mil em 2016, o que representava 28% da população carcerária (P. H. A. Costa, 2020; T. Santos, 2017). O aumento vertiginoso manteve o consabido recorte de raça e classe. Em 2022, das 832.295 pessoas presas, 68,2% eram negras. Para o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), responsável pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o número representa uma institucionalização da violência racial que merece ser chamada de genocídio.

Além disso, a retórica bélica funciona como o suporte e o móbil para a violência estatal (e social), cujos efeitos mais nefastos são o extermínio de milhares de vidas ao ano, principalmente da parcela negra e pauperizada da população. Um dado do FBSP (2021) sobre as mortes intencionais praticadas contra a população negra no Brasil, em 2020, é instrutivo nesse sentido. De acordo com o levantamento, foram registrados 50.033 assassinatos, dos quais 76,2% foram de pessoas negras. Foram cerca de 104 mortes violentas de negros por dia, uma a cada 14 minutos. Nem todas essas mortes podem ser atribuídas à “guerra às drogas”, mas a motivação mais indicada nas bases de dados das Secretarias Segurança Pública dos estados e do Distrito Federal está relacionada ao tráfico de drogas (FBSP, 2021).

Esses números espantosos permitem afirmar que a “guerra às drogas” está profundamente comprometida com o morticínio, a criminalização e o encarceramento em massa da população negra e pobre no Brasil: “Encontrou-se efetivamente nesse domínio, a nova desculpa para seguir com a velha batalha” (Flauzina, 2006, p. 91).

Saúde

O Asilamento dos Usuários de Drogas

A “guerra às drogas” está inserida em um processo de constituição da saúde como saber capaz de normatizar a vida. No Brasil, esse processo se dá principalmente a partir da segunda metade do século XIX, quando a nação começava a fraturar os grilhões físicos que prendiam os negros e o “trabalho livre” começava a se desenvolver. Mesmo com a sucessão de leis que prolongavam o regime escravagista (Flauzina, 2006), havia uma classe trabalhadora em formação que contava com negros livres e ex-cativos, mas também com europeus que tiveram a vinda e a permanência facilitadas por uma política imigrante de embranquecimento da sociedade.

O mercado de trabalho emergente exigia a constituição de modos de governo que favorecessem a internalização da disciplina para a performance laboral. Ademais, o crescimento das cidades e a formação de uma massa de desocupados, vadios, desvalidos, indigentes exigia a ampliação das formas de controle do desvio social (Resende, 2001).

A maior parte da horda de excluídos era composta por pretos e pardos – entre os quais, estavam os loucos³ (Resende, 2001). Estes eram tidos como perigosos e, até então, segregados em prisões e reformatórios ou em enfermarias e porões da Santa Casa de Misericórdia, onde não recebiam tratamento, viviam em condições precárias e sofriam maus-tratos, violência, inanição, assassinato (Amarante, 1994; R. Machado et al., 1978).

³ Seguindo tendência da literatura crítica que norteou a reforma psiquiátrica brasileira, opta-se, neste artigo, por empregar os termos “louco” e “loucura” no lugar de “doença”, “transtorno mental” ou outras designações de linhagem médico-psiquiátrica. Historicamente, essa escolha se fez como uma estratégia teórico-política para “desterritorializar” o saber psiquiátrico, que se apropriou conceitualmente de determinados modos de subjetivação e sofrimento psíquico para legitimar sua ação terapêutica (Amarante, 1996).

Orientados pelos cânones político-científicos europeus, os médicos do início do século XIX não concordavam com a degradação da vida humana e defendiam que esses sujeitos – em especial, os loucos – eram doentes que deveriam receber cuidados e não serem simplesmente privados de liberdade (Engel, 2001; R. Machado et al., 1978; Resende, 2001). Os médicos se queixavam da inexistência de instituições adequadas que pudessem receber os loucos e lutavam para que essa carência fosse suprida (R. Machado et al., 1978). Então, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro – o Hospício Pedro II.

A criação do hospital marcou o nascimento da psiquiatria no país e resultou de um processo em que a medicina tomou a sociedade como objeto, impondo métodos de tratamento – e controle – de indivíduos e população (R. Machado et al., 1978). Essa patologização do social foi adensada pela especialidade psiquiátrica na segunda metade do século XIX e se arvorou no discurso da hierarquia das raças e da predisposição dos negros à loucura, à degeneração, aos vícios, ao crime, à violência (Engel, 1999; Flauzina, 2006; Saad, 2019; M. L. Silva, 2015).

Por isso, o primeiro hospital dedicado aos loucos e outros desviantes propunha ofertar assistência adequada à perspectiva cientificista da época. A terapêutica privava a liberdade, mas o fazia por motivos médicos que prometiam a posterior devolução de um sujeito dócil, produtivo e pronto para contribuir com a sociedade (R. Machado et al., 1978).

Porém, logo nos primeiros anos de funcionamento, o Hospício Pedro II enfrentava dificuldades para alcançar os propósitos terapêuticos junto ao público, que era constituído sobretudo por indigentes, em sua maioria, negros libertos e cativos (cujos senhores não se dispunham a investir no tratamento). Superlotação, falta de pessoal especializado e grande número de internos “incuráveis” eram alguns dos entraves à efetivação da finalidade do Hospício Pedro II (Gonçalves, 2011; Gonçalves & Edler, 2009). Relatos de violência, maus-tratos e até suspeitas de assassinato pela equipe do hospital vinham

dos próprios médicos, que expunham as muitas dificuldades e pleiteavam melhores condições de trabalho (Gonçalves, 2011; Gonçalves & Edler, 2009; R. Machado et al., 1978; Resende, 2001).

Esse modelo clínico-político, desenvolvido principalmente para tratar a loucura, se estendeu a usuários de drogas – sobretudo, aos de bebida alcoólica, cujos desvios eram, no final do século XIX, uma das maiores causas de internação (Adiala, 2011; Engel, 2001; M. L. Silva, 2015).

No início do século XX, o uso de drogas estava na ordem do dia nos debates entre psiquiatras e acadêmicos que se ocupavam do alcoolismo e começavam a problematizar a dependência de outras drogas (Adiala, 2011). Os debates concebiam as dependências de álcool e drogas como fenômenos humanos, mas predominantes nas “classes perigosas”, compostas majoritariamente por negros que teriam predisposição a crimes e atos antissociais, intensificada pelo uso de drogas (Adiala, 2011; J. F. Costa, 2006; Saad, 2019; M. L. Silva, 2015).

As teorias do racismo científico entraram em declínio a partir da década de 1930, mas o isolamento terapêutico em manicômios para proteger indivíduo e sociedade continuou a ser indicado por outras teorias e técnicas psiquiátricas. Ao longo das décadas, o modelo hospitalocêntrico foi aplicado ao tratamento de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas (V. Alves, 2009; Schneider & Lima, 2011; C. C. Silva, 2014).

A título de cuidados à saúde, os ébrios, os intoxicados por álcool ou substância venenosa, os toxicômanos, os viciados, os dependentes de entorpecentes, os dependentes químicos (ou outros epítetos que lhes tenha sido atribuído ao longo dos séculos XX e XXI) são retirados do convívio social – uma segregação que, não raro, se fez e se faz à força. É digno de nota que os usuários de bebidas alcoólicas se consolidaram, ao longo do século XX, como grande causa de internação em hospitais psiquiátricos (D. Alves et al., 1994; V. S. Alves & Lima, 2013; Brasil, 2004; L. V. Machado & Boarini, 2013).

Nessas instituições, praticava-se uma “psiquiatria da ralé” (Resende, 2001, p. 56), pois, a exemplo do que sucedera no Pedro II, prevaleciam a superlotação e a incapacidade de cuidar adequadamente dos “doentes”. Logo abertos, os hospitais ficavam lotados e incapacitados de ofertar o tratamento que os psiquiatras entendiam ser o indicado para a clientela (Resende, 2001).

Com a função terapêutica inviabilizada, restou aos hospitais psiquiátricos limitar expectativas e se ater a responder à demanda social de segregação e exclusão de indivíduos desviantes (Resende, 2001). Nos sucessivos asilos, cujas existências foram legitimadas por teorias e técnicas psiquiátricas, mantiveram-se as condições degradantes, os maus-tratos, o rebaixamento moral e outras formas de crueldade (J. F. Costa, 2006).

Contraditoriamente, os manicômios surgiram como uma humanização da relação da sociedade com os indivíduos identificados como doentes mentais. Com efeito, no nível das intenções, a história da política sanitária na área das drogas, dos séculos XIX a XXI, pode ser interpretada como a tentativa malograda de oferecer um tratamento digno a esses indivíduos. Os doentes deveriam ser segregados, mas com o compromisso de auxiliá-los no que se entendia ser seu padecimento e de devolvê-los ao convívio social assim que possível.

Contudo, a realidade foi outra. As condições indignas e miseráveis a que foram (e são) submetidos muitos loucos e usuários de álcool e drogas fazem duvidar do humanismo hospitalar. Não raro, sofrem violência equiparável à perpetrada pelas prisões e pela repressão policial, com relatos de humilhações, tortura e mortes desde o Hospício Pedro II (R. Machado et al., 1978), o que se repetiu na história das instituições asilares brasileiras (Resende, 2001).

Especializando a Atenção à Saúde

Desde pelo menos o início do século XX, os médicos reivindicavam que o Estado se responsabilizasse pela construção de uma rede de saúde que ofertasse assistência especializada a

usuários de drogas. Nas primeiras décadas daquele século, as intervenções dos psiquiatras no debate público e junto às autoridades resultaram em decretos que reconheciam a importância de que fosse disponibilizado tratamento de saúde e criado um “sanatório para toxicômanos” (Brasil, 1921a, 1921b). O estabelecimento proposto, contudo, não existiu, e os usuários de drogas socialmente desfavorecidos eram encaminhados para hospitais-colônias de alienados – pelo que os psiquiatras se ressentiam, pois os locais não dispunham de condições para ofertar o tratamento da “toxicomania” que entendiam ser o adequado (Adiala, 2011).

Nas décadas seguintes, não houve alteração no hiato assistencial, e o destino dos usuários de drogas continuou a ser a internação em hospitais psiquiátricos comuns (Brasil, 2004). Essa situação pode ser compreendida como o resultado de escolhas políticas em que a abordagem repressiva foi e é privilegiada em detrimento da sanitária (Bittencourt, 1986; L. V. Machado & Boarini, 2013). Em outras palavras, o poder público estava mais preocupado em aprimorar o Estado policial do que em ofertar cuidados, de modo que, como admitido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o poder público deixou um vácuo na assistência a usuários de drogas.

Essa realidade deu os primeiros passos em direção a uma atenção especializada para usuários de drogas após os “anos de chumbo” do período ditatorial, quando revigorou um pensamento mais compreensivo com o usuário, que voltou a ser visto como um indivíduo a ser “recuperado” pela terapêutica e não simplesmente punido (Bittencourt, 1986).

O manicômio continuava a ser criticado enquanto espaço impróprio ao tratamento e, então, ganhava força a concepção de que a internação era apenas subsidiária para uma efetiva “recuperação”, a qual deveria ser complementada por serviços extra-hospitalares. Esse entendimento ampliou as alternativas de cuidado, bem como os agentes da cura, que não poderiam mais ficar limitados aos hospitais psiquiátricos, estendendo-se a psicólogos, psicanalistas, assistentes sociais e filantropos (Bittencourt, 1986).

Com esse caldo cultural, técnico e científico e com a crescente influência do estamento terapêutico sobre o processo legislativo (Bittencourt, 1986; A. R. Machado & Miranda, 2007), a Lei de Tóxicos (Brasil, 1976), que vigeu por três décadas, reconheceu que os usuários deveriam ser direcionados aos serviços de saúde em regime ambulatorial, além de afirmar a necessidade de criar serviços especializados. Todavia, a lei não foi obedecida pelo Estado que, mais uma vez, não concretizou as intenções do legislador (Bittencourt, 1986).

As principais ações estatais após a promulgação da Lei nº 6.368 (Brasil, 1976) fora do campo repressivo ficaram restritas ao apoio a iniciativas não governamentais. A partir da década de 1980, os centros de referência de tratamento, pesquisa e formação em álcool e drogas ligados às universidades, bem como as comunidades terapêuticas (CTs)⁴, receberam suporte político e, por vezes, financeiro (A. R. Machado & Miranda, 2007). No entanto, essas iniciativas eram escassas e insuficientes para atender a demanda de usuários, que ficavam desassistidos, eram encaminhados para os manicômios ou submetidos à ação do aparato de controle social do delito – este, sim, continuava a ser o foco de investimento estatal (L. V. Machado & Boarini, 2013).

O primado da política repressiva sobre a sanitária começou a ser contestado com mais contundência na década de 1990, com o surgimento dos programas de redução de danos. A primeira experiência ocorreu no município de Santos (São Paulo) que, em 1989, contava com alto índice de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). Para conter sua difusão, elaborou-se programa que previa, dentre outras ações, a dispensação de seringas para os UDIs (L. V. Machado & Boarini, 2013; Petuco, 2020). Por essa decisão de política sa-

nitária, o então secretário de saúde e o coordenador do programa de DST/AIDS existente no município sofreram ação judicial que impediu a implementação da estratégia de redução de danos, sob a acusação de apologia às drogas (L. V. Machado & Boarini, 2013; Mesquita, 2020; Passos & Souza, 2011; Petuco, 2020).

Apesar do malfadado destino do programa sanitista, esse pioneirismo serviu para impulsionar o debate sobre formas de atenção à saúde de usuários de drogas que não envolvessem apenas a abstinência (Mesquita, 2020; Passos & Souza, 2011). O acúmulo dessa discussão lastreou a implementação do primeiro programa de troca de seringas do Brasil, em 1994, em Salvador (Bahia), e a aprovação da redução de danos como estratégia de saúde pública pelo Conselho Federal de Entorpecentes, em 1996 (L. V. Machado & Boarini, 2013; Mesquita, 2020; Passos & Souza, 2011; Petuco, 2020).

Na esteira desses acontecimentos, em 2001, o movimento da reforma psiquiátrica – iniciado na década de 1970 e que, até então, não havia acolhido o cuidado a usuários de álcool e outras drogas em suas lutas (Assis et al., 2013; Petuco, 2020) – aprovou a proposta de criação de uma rede de serviços para atender esse público na III Conferência Nacional de Saúde Mental (Sistema Único de Saúde, 2002). Ato contínuo, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 336 (Brasil, 2002), que estabeleceu normas e diretrizes da atenção à saúde mental e estabeleceu modalidades de instituições especializadas – os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD).

Em contraste com a tradição de passar ao largo de normativas que instavam a criação de instituições especializadas, a determinação do Ministério da Saúde foi levada a termo, atendendo, enfim, a um pleito que constava no ordenamento jurídico nacional há mais de oitenta anos. Dentre outros fatores, creditamos a criação dos referidos serviços à conjuntura histórico-política favorável ao fortalecimento de políticas públicas e ao atendimento de demandas sociais, bem como ao reconhecimento, por parte do Estado, do estigma, exclusão, pre-

⁴ Instituições de caráter fechado, de longa permanência e em geral religiosas, que têm na abstinência do uso de drogas o objetivo final e a condição para a assistência.

conceito e violência associados ao modelo de assistência vigente (Brasil, 2004, 2005).

Este último aspecto se apoiou em dois paradigmas que divergem radicalmente dos serviços então existentes: a crítica ao ideal da abstinência como objetivo único da atenção e sua substituição pela “lógica ampliada da redução de danos” (Brasil, 2004, p. 6); e a crítica à instituição asilar, que deveria ser substituída por rede de serviços comunitários de atenção à saúde mental (Brasil, 2005). Para ambas as diretrizes clínico-políticas, o aperfeiçoamento dos manicômios não seria suficiente para atender os usuários de drogas; era necessário desconstruí-los e criar uma rede substitutiva de assistência.

Em atenção a essa postulação, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) reconheceu o uso de drogas como questão de saúde pública, rompendo com o modelo manicomial de internação e com o ideal da abstinência. Os usuários de drogas foram reconhecidos como cidadãos com direito à saúde e, independentemente da intenção de parar de usá-las, deveriam receber cuidados em liberdade, a serem prestados pelos CAPS AD e por uma rede intersetorial.

Esse posicionamento implicava em uma ruptura também com a Lei de Tóxicos (Brasil, 1976). Para alicerçar uma política pública coerente com o paradigma da redução de danos, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004) precisou se opor ao proibicionismo e à criminalização do usuário, afirmando o consumo de drogas como uma questão de saúde pública.

Em 2006, houve um movimento do Legislativo para corroborar a tendência de afastar o usuário de drogas do sistema de justiça e aproximá-lo da política sanitária. Naquele ano foi promulgada a Lei nº 11.343 (Brasil, 2006), que abrandou as penas (vedada expressamente a hipótese de prisão), previu medidas de prevenção e atenção à saúde e reconheceu o princípio da redução de danos como orientador da assistência. Investia-se na promessa de direcionar o usuário de drogas ao sistema de saúde e de precipitar o poder punitivo do Estado sobre o comerciante (Boiteux, 2010; Campos, 2018; Karam, 2008; C. C. Silva, 2013, 2014).

Mesmo considerando que o paradigma da redução de danos não chegou a ser integralmente efetivado nos CAPS AD e na rede de saúde de um modo geral, que seguiram orientados pela perspectiva da abstinência (e.g., Schneider, 2010; Schneider & Lima, 2011), tratou-se de um arrefecimento da violência estatal contra negros e pobres, que passaram a dispor de espaços públicos onde a criminalização e a privação de liberdade não estavam em primeiro plano.

Contudo, enquanto a nova rede de serviços era constituída, o Brasil testemunhou o alarde em relação a uma suposta epidemia de crack, causando alvoroço na população, que demandava respostas do poder público. Para lidar com a situação, a partir da década de 2010, o governo federal criou programas com orientação distinta da preconizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2004), os quais fortaleceram práticas voltadas para a abstinência e a internação. Assim, os poucos avanços das políticas sanitárias foram derogados pelo aumento do investimento em serviços que isolam os sujeitos do convívio social e têm a abstinência como condição e única meta para a assistência prestada (como CTs e hospitais psiquiátricos), e pelo desmonte progressivo do projeto de constituir e fortalecer uma rede comunitária de atenção à saúde (F. Ribeiro & Minayo, 2020).

O evidente recorte de raça e classe da clientela a que se destinam as instituições favorecidas com a epidemia de crack (I. Teixeira, 2015) aumentou o rigor do controle sobre determinados segmentos sociais, cujas escolhas e alternativas de cuidado foram restringidas. Registre-se que essa inflexão autoritária foi acompanhada por políticas de internações forçadas (involuntárias ou compulsórias) por parte dos governos estaduais e municipais.

Frente ao recrudescimento da coerção – que se estende até os dias atuais –, F. Ribeiro e Minayo (2020) sugerem que o rumo tomado pela política sanitária está alinhado ao ideal bélico de eliminação das drogas da sociedade e significa uma “... guinada da política AD [álcool e drogas] em direção à esfera da justiça e da segurança pública...” (p. 31). Nessa linha, Claudia C. Silva

(2013, 2014) elabora a hipótese de que a perda em liberdade imposta pela contrarreforma na atenção à saúde foi uma reação ao abrandamento das penas cominadas a usuários de drogas que, na legislação vigente (Brasil, 2006), não podem mais ser presos. Boiteux (2013) apresenta juízo similar quando, referindo-se especificamente à internação compulsória, afirma que esta foi a alternativa encontrada por autoridades públicas para retirar das ruas sujeitos que, por força da Lei nº 11.343 (Brasil, 2006), não poderiam mais ser presos.

Para Claudia C. Silva (2013, 2014), as medidas de tratamento podem ser tão repressivas quanto as estritamente punitivas da justiça e da segurança pública. A autora adiciona que, em vista da brutalidade que permeia o conjunto de instituições e práticas de cuidado destinadas aos usuários de drogas, houve apenas uma transposição da repressão do sistema de justiça ao de saúde. Consoante, Silveira (2021) assevera que a violência do Estado e da sociedade não está limitada ao contexto jurídico-policia: “Caso o usuário de drogas ilícitas escape da truculência policial, dificilmente ele escapará da truculência médica. Restam-lhe duas ‘opções’, ambas coercitivas: encarceramento prisional ou internação compulsória. A privação de liberdade é a mesma” (p. 4). Em outras palavras, a atenção à saúde tem potencial destrutivo comparável ao do aparato de controle do delito.

Na vida do usuário de drogas, as práticas de cuidado se dão em sucessão temporal com as intervenções do sistema penal e, por isso, ele pode experimentá-las como violências de intensidade similar. Em sua pele, as cicatrizes das algemas policiais e das ataduras de contenção hospitalar que estrangularam o seu punho se sobrepõem e se confundem, marcando a continuidade entre os mecanismos de controle e coerção social.

Articulações da Saúde com a Coerção

A contrarreforma em curso, disparada pelas políticas anticrack, trouxe o problema das rela-

ções da saúde com a coerção. Pode-se examiná-la retornando ao Brasil Império, quando policiais recolhiam loucos, bêbados e arruaceiros nas ruas da capital e os levavam para serem internados no Hospício Pedro II (Gonçalves, 2011; Gonçalves & Edler, 2009; Resende, 2001).

Esse expediente constava nos estatutos do Hospício (R. Machado et al., 1978) e, nas décadas de 1920 e 1930, foi reiterado pelas leis antidrogas que concediam à polícia a prerrogativa de encaminhar o usuário para internação em asilo de alienados, sem prévia autorização judicial, requerendo apenas laudo médico (Brasil, 1921a, 1921b, 1932, 1938). Assim, após a promulgação dos decretos proibicionistas de 1921 (Brasil, 1921a, 1921b), constam em relatórios policiais registros de ocorrências que davam conta de detenções dos “toxicômanos” seguidas do encaminhamento para internação (M. L. Silva, 2015). Nessas circunstâncias, o tratamento de saúde era eivado de uma dimensão punitiva, pois era o desfecho da ação repressiva contra um sujeito que havia cometido um crime (consumo irregular de bebida alcoólica ou uso de drogas proscritas).

Além de estarem diretamente ligadas à ação repressiva da polícia, as práticas de saúde se articulavam com a punição de outro modo. A partir da década de 1920 – e durante muito tempo –, a assistência sanitária apareceu nas normativas como pena ou determinação judicial a ser cumprida por indivíduos que, em processos criminais de porte ou consumo de drogas, fossem identificados como doentes (Brasil, 1921a, 1921b, 1938, 1971, 1976). Em geral, o usuário era submetido a internação obrigatória (Brasil, 1921a, 1921b, 1932, 1938, 1971), vedando-se tratamento em regime ambulatorial (Brasil, 1938), só permitido a partir da Lei de Tóxicos (Brasil, 1976) – e mesmo assim, condicionado à boa adesão ao tratamento ambulatorial. Do contrário, poderia ser determinada a internação.

Na Lei nº 11.343 (Brasil, 2006), a determinação judicial para que um indivíduo processado por porte ilegal de drogas compareça a tratamento é possibilidade remota, e a assis-

tência à saúde é, essencialmente, uma oferta⁵. A mudança na legislação é parte da tendência histórica de, sem renunciar à criminalização, atenuar a penalização do usuário de drogas. Contudo, considerando a hipótese supracitada da transposição da repressão do campo jurídico-policial para o da saúde (Boiteux, 2013; C. C. Silva, 2014), estudaremos aspectos da relação das ações de promoção da saúde com a coerção.

O Perigo das Drogas

Conforme discutido ao longo deste artigo, em uma trama complexa e contraditória, a preocupação com a saúde individual e coletiva está no cerne do controle legal do comércio e do consumo de drogas. O emprego de uma série de procedimentos e instituições estatais é justificado pela compreensão médica de que a ingestão de drogas é potencialmente danosa à saúde física e mental, inexistindo níveis seguros de consumo (Fiore, 2012).

Ambas as proibições, a do comércio e a do consumo, almejam resguardar a população contra o contato com as substâncias classificadas como perigosas. Uma o faz pela tentativa de reduzir a disponibilidade das substâncias no meio social; a outra, pela coerção ao usuário em potencial ou ao identificado enquanto tal. Em outras palavras, a criminalização do consumo exerce função preventiva para que os que ainda não fizeram uso de droga mantenham a conduta ilibada e desencoraja a reincidência dos que já enveredaram pela insalubre seara criminal. Ou seja, as prevenções primária e secundária são realizadas por meio da ameaça de punição e/ou pela aplicação de sanção penal.

⁵ Em recente votação, o Senado Federal do Brasil aprovou a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 45/2023, que aproxima mais uma vez a criminalização do uso à assistência à saúde, afirmando serem “. . . aplicáveis ao usuário penas alternativas à prisão e tratamento contra dependência” (Brasil, 2023, art. 1º). A PEC ainda precisa ser aprovada na Câmara dos Deputados para entrar em vigor.

De sorte que, enquanto tentativa de inviabilizar o consumo de drogas, o direito penal coopera com a salvaguarda da saúde pela profilaxia coercitiva e pela aplicação das “sanções terapêuticas” (Carvalho, 2014, p. 238). Essa concepção de política sanitária foi defendida por médicos que tiveram participação direta na elaboração das leis que, há mais de um século, estabelecem as normas criminais para o controle da produção, comércio e consumo de psicotrópicos (Adiala, 2011; Boiteux, 2006, 2010; Fiore, 2005; Greco, 1996; Lima, 1989; C. C. Silva, 2013; M. L. Silva, 2015).

Tal concepção continua a ser reproduzida pelo estamento terapêutico. Exemplo recente é a fala do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Antônio Geraldo da Silva (2023), que, em debate sobre descriminalização do consumo de drogas no Senado Federal, interveio em favor da manutenção da lei em vigor (Brasil, 2006) e defendeu medidas ainda mais restritivas para a promoção da saúde mental. Ao fazê-lo, tacitamente se posicionou pela punição aos usuários como modo de proteção à saúde mental.

Considerando essa função higienista da sanção penal, é legítimo concluir que a criminalização se constitui como uma política de saúde antidemocrática e autoritária. Nega-se aos cidadãos a liberdade de escolha quanto ao uso do corpo e à alteração da consciência, e recorre-se ao sistema penal para protegê-los contra escolhas supostamente danosas a si próprios (Karam, 2014).

Mesmo considerando o abrandamento das penas cominadas ao usuário na lei em vigor (Brasil, 2006), a intenção de proteger a saúde pelo sistema penal não perde a índole violenta. O consumidor está sujeito à repressão policial, a ser processado criminalmente por porte de drogas e, se condenado, a ter antecedente criminal que pode agravar a pena aplicada em outros eventuais processos. A política sanitário-criminal é mais um elemento que contribui para a constituição da carreira criminal, atualizando o autoritarismo da sociedade brasileira.

Em verdade, a opção por mecanismos jurídico-policiais para proteger a saúde tem con-

sequências mais profundas. Ao recorrer a métodos historicamente construídos para controlar a população negra, seus efeitos ultrapassam sobremaneira a intenção de proteção à vida da população. A criminalização, o encarceramento e a morte provocadas pelo Estado são práticas para as quais a distinção entre usuário e traficante de drogas é menos determinante do que a cor da pele e o pertencimento aos estratos sociais pauperizados. Nesse sentido, a pretensão de promover a saúde pela repressão é deturpada, e os discursos sanitários findam por legitimar a atuação violenta e discriminatória dos órgãos de controle do delito.

O Perigo do Doente

A seletividade penal não é tão contrária aos objetivos da política sanitária, como pode parecer à primeira vista. Mais do que efeitos inesperados da pretensão protetiva, a punição aos segmentos inferiorizados da população foi, originalmente, um projeto.

Como se viu acima, a perspectiva médica, que lastreou as primeiras normativas antidrogas do século XX, atribuía potencial degenerativo ao álcool e a outras drogas. Porém, os efeitos deletérios atingiriam, sobretudo, os indivíduos provenientes de grupos raciais, cuja constituição biológica os predisporia a crimes e práticas antissociais (Adiala, 2011; J. F. Costa, 2006; Saad, 2019; M. L. Silva, 2015). Por isso, preocupando-se com a segurança da sociedade, os médicos pressionavam para a criminalização do consumo de drogas (Adiala, 2011).

Desse modo, a repressão seletiva não se fez por acaso ou por inércia de um aparato jurídico-policial preconceituoso que perverteria a razão sanitário-legal. Ao menos na origem, o fundamento da criminalização do consumo de drogas era francamente racista. Ademais, as teorias psiquiátricas que versavam sobre hierarquias raciais também influenciavam a prática dos agentes de segurança pública (Flauzina, 2006) que aplicavam os decretos (Brasil, 1921a, 1921b) com rigor seletivo, evitando autuar as pessoas oriundas de classes abastadas, a quem cumpria proteger e não vigiar (M. L. Silva, 2015).

Por outro lado, como parte do processo de patologização do social, a psiquiatria propunha uma sofisticação do controle das “classes perigosas”. A alteridade ameaçadora deveria ser reduzida por um dispositivo híbrido que combinasse a abordagem repressiva com a prerrogativa da saúde em lidar com os casos patológicos.

A diáde criminalização-tratamento estava a par com a construção do doente como um sujeito perigoso. O alcoolismo, a morfinomania, a cocainomania, a eteromania e as outras afecções que, na década de 1910, se reuniram na categoria patológica da toxicomania (Adiala, 2011) seriam degenerações em que o indivíduo – por constituição biológica, por influências ambientais e/ou pelo uso continuado do “tóxico” – estabelece uma relação compulsiva com a droga, perde os referenciais éticos e morais (se algum dia os teve) e faz de tudo para continuar usando, inclusive crimes (Adiala, 2011; Saad, 2019; M. L. Silva, 2015).

Na teoria psiquiátrica contemporânea, o dependente químico não é tido como essa espécie de criminoso em estado de latência. Sem embargo, a ideia de que uma relação compulsiva com a droga torna o sujeito suscetível a comportamentos perigosos para si e para terceiros permanece atual. Como se argumentará a seguir, a periculosidade atribuída ao doente ainda é determinante para o emprego da coerção nas práticas terapêuticas.

O Autoritarismo na Clínica

Esse juízo se estendia à psiquiatria como um todo desde o século XIX. A alienação mental – seu objeto por excelência – continha o juízo moral de desvio e periculosidade. Embora tenha se formado como prática crítica aos castigos físicos e aos métodos de normalização que marcam, machucam e mutilam o corpo, dos quais buscava se diferenciar, o tratamento psiquiátrico era eivado de um caráter condenatório e corretivo. O alienista se propunha a curar o louco com base no conhecimento científico, tendo o manicômio como instrumento para estabelecer uma relação de confiança, vigilância e persuasão que o auxiliasse a interiorizar a dis-

ciplina. Nessa contextura teórico-clínica, a punição era empregada criteriosamente, isto é, na exata medida da aceitação, por parte do doente, de uma conduta ordeira, calma, obediente e apropriada ao convívio social (R. Machado et al., 1978).

Portanto, a coerção estava integrada às práticas manicomiais que visavam neutralizar a ameaça do louco. Igualmente, no início do século XX, os “toxicômanos” eram degenerados a serem docilizados por um tratamento que lhes devolvesse a sanidade e o autocontrole. Essa finalidade clínico-política era buscada por internação em instituição que os afastava das drogas e lhes dispensava o tratamento moral – de cujos procedimentos os castigos eram parte –, facultando o restabelecimento da moral e das habilidades sociais, familiares e laborais.

A circunstância do toxicômano de outrora é semelhante à do dependente químico de hoje⁶, pois este também é considerado perigoso – apesar de sua periculosidade não ser fundada em concepções abertamente racistas. Por ser caracterizada pela perda de controle do consumo da substância psicoativa e da capacidade de fazer escolhas, a dependência química teria graves consequências sociais. Para manter o uso, o adicto seria inclinado a ações inconsequentes, violentas ou ilícitas, representando um perigo a si e a terceiros (Fiore, 2012).

A principal diferença na conceituação contemporânea é que, cada vez mais, passou-se a

privilegiar a localização cerebral. Tanto que, na contemporaneidade, a adicção é teorizada principalmente como uma doença cerebral (Goldberg, 2019; Grifell & Hart, 2018; Heather et al., 2022; Heilig et al., 2021; Levine, 1978; Lewis, 2018; Pickard, 2022; Volkow et al., 2022)⁷. Em certo sentido, os avanços da neurociência apenas corroboraram o que os teóricos do final do século XIX e início do século XX postulavam, mas não dispunham de meios técnico-científicos para demonstrar (Courtwright, 2010). Antes, supunha-se que a toxicomania seria causada por deformações hereditárias no cérebro ou pelo uso repetido de álcool e drogas (Adiala, 2011; Saad,

⁶ Atualmente, a Classificação Internacional das Doenças utiliza a designação “transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas” (World Health Organization, 2024). A nova classificação reconhece diferentes padrões de uso nocivo de drogas que vão desde um único episódio, passando por padrões intermediários de consumo prejudicial, que podem ser contínuos ou episódicos e recorrentes, até a dependência de substâncias psicoativas (Bramness et al., 2024; Poznyak et al., 2017; Saunders et al., 2019). Aqui, emprega-se a nomenclatura “dependência química” por sua ampla difusão social e acadêmica, e por designar o padrão de uso de drogas mais determinante para a organização de políticas públicas e para as práticas clínicas.

⁷ Contemporaneamente, uma importante vertente das ciências da saúde questiona o reducionismo em se considerar a dependência química apenas como uma doença cerebral, e reivindica a articulação dos determinantes biológicos a ordens de causalidade psíquicas e sociais. Trata-se do modelo “biopsicossocial”, bastante aceito no meio acadêmico e profissional, que surgiu com o condão de superar o determinismo orgânico e apresentar alternativas de cuidado aos sujeitos, que não necessariamente estejam calcadas na internação e na abstinência do uso de drogas (Leshner, 2022; M. Ribeiro & Laranjeira, 2017; E. A. Silva, 2011). Porém, na prática, o reconhecimento de uma determinação “biopsicossocial” desdobra-se em uma justaposição de variáveis sem uma articulação sistêmica entre si, resultando em uma concepção que mantém a ênfase biológica e determinista da dependência química, bem como a abstinência e a internação como principais modalidades de cuidado (D. Alves, 2011; P. H. A. Costa & Paiva, 2016; Schneider, 2010; Schneider & Lima, 2011). Conforme demonstram muitos estudos, o modelo biomédico da dependência química enquanto doença cerebral ainda predomina na clínica (P. H. A. Costa & Paiva, 2016; Schneider, 2010; Tagliamento et al., 2020), incluindo a prática dos serviços substitutivos criados após a reforma psiquiátrica (P. H. A. Costa & Paiva, 2016; Schneider, 2010; M. Santos & Pires, 2017; Sousa & Jorge, 2019; Souza et al., 2017), da atenção primária (Amarante, 2020; Malvezzi & Nascimento, 2018; Schneider & Lima, 2011; Souza et al., 2017; Tagliamento et al., 2020) e das comunidades terapêuticas, instituições para as quais boa parte das verbas públicas são destinadas e nas quais o modelo biomédico exerce grande influência na assistência (Loeck, 2021; Tagliamento et al., 2020).

2019), e a partir da segunda metade do século XX, estudos de neuroimagem começaram a lastrear a conclusão – controversa (e.g., Goldberg, 2019; Hart, 2020; Pickard, 2022; Reinerman, 2005; Szasz, 2011) – de que a conduta do dito dependente químico seria causada por mudanças patológicas observáveis.

Teoricamente, as alterações neurológicas podem persistir após meses ou anos de abstinência, e a retomada do uso da droga reativa os circuitos cerebrais patológicos causadores dos comportamentos aditivos. Por isso, a dependência química é interpretada como uma doença recidivante e crônica, e o tratamento é a abstinência vitalícia (Heilig et al., 2021; Marlatt, 1998/1999; Schneider, 2010; Volkow & Koob, 2015; Volkow et al., 2022).

Uma vez que o descontrole foi associado à periculosidade e que só poderia ser superado (ou contido) pela interrupção definitiva do consumo de drogas, a meta terapêutica da abstinência assume a função de controle social. Nesse contexto, as práticas e políticas sanitárias têm agência para impor sua meta terapêutica à vida dos usuários.

Na clínica, a combinação de cuidado e coerção se manifesta pela compulsoriedade em ato ou em potência no tratamento. Em ambos os casos, a abstinência é imposta ao sujeito pela privação de liberdade que o separa à força do psicoativo de eleição ou pela internação que paira como ameaça nas relações terapêuticas.

Nesse sentido, Marcelo Teixeira (2006) argumenta que a internação é muito usada na atenção ambulatorial como modo de lidar com situações difíceis, podendo assumir conotação de proteção e salvação, mas também de punição e domínio sobre o usuário. Já Bucher (1992) observa que os hospitais psiquiátricos se valem de medidas de contenção e de terapêuticas invasivas e severas para compelir a adaptação às regras e às dinâmicas institucionais, e para fazer da experiência de internação um “tratamento ‘de choque’” (p. 239) que inculque no sujeito a norma da abstinência. Essa é “a *resposta repressiva* [grifos do autor] . . . [que] sem dúvida não se encontra nos manuais psiquiátricos, nem

nas publicações farmacológicas . . . , mas exerce-se na prática psiquiátrica cotidiana . . . ” (Bucher, 1992, p. 241).

Observa-se, então, que a interiorização da abstinência e a adaptação a padrões de sociabilidade que se supõe serem menos ameaçadores legitimam a coerção contra os sujeitos identificados como doentes. Sublinhe-se, nesse particular, que os usuários de drogas pertencentes aos estratos sociais privilegiados têm condições de exigir melhores condições nas clínicas privadas onde as abordagens repressivas são menos comuns. Assim, os sujeitos com menor poder contratual são mais vulneráveis a tratamentos coercitivos e a internações prolongadas e forçadas, nas quais estão mais expostos a punições (Bucher, 1992).

Por fim, o autoritarismo está presente mesmo quando a coerção e a violência não estão em primeiro plano, em instituições nas quais a abstinência é a “condição, meio e finalidade do tratamento” (V. Alves, 2009, p. 2311). Nesses serviços, designados como de “alta exigência” (V. Alves, 2009; Marlatt, 1998/1999; Weingardt & Marlatt, 1998/1999), todos os esforços são concentrados na promoção da abstinência, sem a qual o tratamento até perde o sentido. O terapeuta, defendem M. Ribeiro e Marques (2012), não pode ter “condutas permissivas, tolerantes e despreocupadas” com o uso de drogas, pois elas “. . . enfraquecem o propósito da abstinência, o papel do terapeuta e a razão de ser do tratamento” (p. 222). A intenção de controle sobre o sujeito é patente nessa renúncia ao cuidado que não visa à abstinência.

Considerando-se a escassez de serviços disponíveis a negros e pobres e que a maioria deles se orienta pelo modelo biomédico (e.g. Schneider, 2010; Schneider & Lima, 2011), a abstinência como meta única da assistência é um modo autoritário de restringir as possibilidades de vida para esse público, que precisa se adequar a determinados padrões de conduta, caso queira acessar um serviço de saúde. Sem dúvidas, trata-se de um abrandamento, mas a padronização institucional da “alta exigência” é ainda coercitiva.

O Espectro da Guerra

Para resumir, é notória a complementaridade na coerção exercida pelas políticas e práticas sanitárias e pelas instituições jurídico-policiais. Mesmo quando estão formalmente desvinculadas, são ligadas pelo ideal de eliminação do uso de drogas, obedecendo uma “‘lógica da guerra’ em termos ampliados e não meramente repressivos” (Rodrigues & Labate, 2018c, p. 279).

Contudo, suas práticas são heterogêneas e contraditórias, mesmo dentro de cada um dos campos em tela. As múltiplas táticas terapêutico-sanitárias e jurídico-policiais podem se reforçar e se impulsionar, mas também se minar e se contradizer. Para citar nosso texto-base, “. . . os diferentes operadores de dominação se apoiam uns nos outros, remetem uns aos outros, em certo número de casos se fortalecem e convergem, noutros casos se negam ou tendem a anular-se” (Foucault, 1997/2010, p. 39).

A reciprocidade origina amálgamas cambiantes que assumem diferentes configurações a depender do contexto histórico, econômico, social, cultural, local. A interação mútua entre os “operadores de dominação” distorce e usurpa a finalidade para a qual cada um deles se orienta, e os acoplamentos e as inter-relações formadas pelas práticas podem favorecer mais a repressão, a segregação, o encarceramento, a hospitalização, o cuidado em liberdade, a morte.

O articulador das práticas é o racismo que, segundo Foucault (1997/2010), faz o corte entre quem deve morrer e quem deve viver. Sob a égide do biopoder, o direito de morte precisa estar apoiado sobre uma hierarquia racial na qual a eliminação do outro representa um fortalecimento, a preservação e a purificação do segmento social dominante. Com o declínio dos discursos acerca da superioridade de uma raça sobre a outra, o “perigo biológico” (Foucault, 1997/2010, p. 217) é substituído por outras hierarquias simbólicas que incluem o doente, o criminoso, o desviante, o louco.

Vimos que, na saúde e na justiça, o racismo foi apagado dos discursos e práticas relacio-

nados ao controle do consumo e comércio de substâncias psicoativas, mas a violência seletiva contra negros e pobres permaneceu. Ou seja, a hierarquia entre as vidas matáveis e as que devem ser protegidas passou a se escorar em uma defesa “asséptica” da saúde, em um processo de um racismo mascarado, para lembrar expressão de Abdias Nascimento (2016).

Assim, a tradição autoritária brasileira faz pender a balança para o lado da criminalização, segregação e aniquilação. Isto é, na correlação entre as instituições e práticas sociais de cada uma das áreas, a força histórica da violência contra negros e pobres impõe uma beligerância destrutiva em um e em outro campo. Ainda que em sentido ligeiramente diverso, corroboramos a assertiva de Silveira (2021), para quem “A perspectiva bélica do proibicionismo (‘Guerra às Drogas’) está presente tanto na Justiça como na Saúde” (p. 4).

Não nos admira que o aparato repressivo do Estado, constituído como política de extermínio, conserve a índole histórica quando se presta a controlar o consumo e o comércio de drogas. Porém, é menos evidente que as políticas e as práticas sanitárias, concebidas para proteger e ampliar a vida, estejam engajadas na produção de danos aos indivíduos e à população e que, em grande medida, conformem uma multiplicidade de técnicas as quais fragilizam e desamparam vidas vulneráveis.

Por isso, saliente-se que as ações terapêutico-sanitárias modernizaram e atenuaram o controle social meramente repressivo, mas são historicamente comprometidas com e pelo penhor genocida de nossa sociedade e nossas instituições. Estas contribuem para a produção de dor e sofrimento, integrando um sistema no qual vidas são ceifadas de diversos modos, não propriamente pelo

. . . assassinio direto, mas também [por] tudo o que pode ser assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (Foucault, 1997/2010, p. 216)

Enquanto continuações de nossa luta racial primeva, os cuidados em saúde assumem, frequentemente, configurações que aumentam a precariedade da vida e concorrem para a morte. A violência física e psíquica perpetrada por serviços e profissionais (coerção, punições, degradação moral); a desassistência (deficiências da rede de saúde, priorização de serviços que visam à abstinência e, portanto, reduzem as alternativas de cuidado disponíveis); e as muitas articulações com o aparato jurídico-policial para impor a saúde (proibicionismo, ações integradas com a polícia, demandas ao judiciário por internação compulsória, utilização de mecanismos legais) são expressões (nem sempre) mitigadas do autoritarismo brasileiro.

Com essas observações, aproximamo-nos de Alliez e Lazzarato (2018/2021), que analisam as conjugações entre o biopoder e o poder soberano de matar, com base na tese da política enquanto continuação da guerra por outros meios (Foucault, 1997/2010), e propõem pensar uma genealogia colonial da biopolítica. Para os autores, a conquista, a desterritorialização, o extermínio e a subjugação de povos ocorrida durante a colonização europeia do Novo Mundo foram, paradoxalmente, acompanhadas de um incipiente e marginal biopoder para preservar a vida da população e produzir corpos e subjetividades adaptados ao escravismo e à condição subumana. Portanto, a biopolítica nasce como uma forma de colonização do corpo e do pensamento (Alliez & Lazzarato, 2018/2021), umbilicalmente ligada à violência e ao morticínio.

Com efeito, no Brasil, a tortura, os castigos e até a morte eram uma biopolítica do exemplo, produtora de subjetividades adaptadas à ordem escravocrata (Ab'Sáber, 2022; Flauzina, 2006). Ao mesmo tempo, foram precisamente esses operadores de dominação que perpetraram o genocídio de africanos e brasileiros cativos.

Similarmente, o sistema penal pós-escravagista cumpriu importante função na docilização dos corpos – além, é claro, de consumir o genocídio do negro. A criminalização da liberdade (e.g. a tipificação penal da vadiagem e da mendicância) e de elementos da cultura brasilei-

ra de raiz africana serviu para a internalização da disciplina e, por suposto, para o extermínio (Flauzina, 2006). Com o apagamento do racismo nos códigos, a seletividade penal se encarregou do disciplinamento de corpos que, não obstante, sequestra e mata a população. E atualmente, a proibição das drogas é a mais importante justificativa para prosseguir com a biopolítica do medo e do assassinato.

Se, inicialmente, o biopoder se exerceu por tecnologias penais eminentemente violentas, a medicalização do social representou um amortecimento dos mecanismos de controle. Neste texto, abordamos esse processo pela perspectiva da institucionalização da psiquiatria que, imbuída do espírito humanista e científico, criou os manicômios. Todavia, a finalidade terapêutica era desvanecida pelas péssimas condições da instituição psiquiátrica, onde, além da segregação, praticavam-se abusos que avultavam a violência na experiência do asilamento. No campo das drogas, as sucessivas reformas da matriz manicomial sofisticaram o cuidado, mas repetiram o descaso, a negligência, a desassistência, o punitivismo e o autoritarismo das instituições primeiras, onde o cuidado com a vida confunde-se com a violência.

Em suma, o compromisso da saúde e da justiça com a manutenção da exploração capitalista envolve, simultaneamente, a defesa e a aniquilação da vida. Essas duas macrotendências respondem menos aos objetivos das distintas políticas e práticas antidrogas (repressão ao tráfico e ao uso, prevenção de agravos, tratamento aos doentes etc.) do que às exigências do processo de conservação da hierarquia racial e social fundante da nação brasileira. No entanto, as tarefas requeridas para o cumprimento desse encargo não estão dadas desde sempre e são, ao contrário, mutáveis, inconstantes, contingentes. Elas se ajustam às tessituras incessantemente urdidas pelos contextos históricos, sociais, políticos e locais, os quais são, por conseguinte, determinantes para uma configuração mais cuidadora ou mais opressiva nas práticas sociais e institucionais e nas políticas públicas na área das drogas.

Para ficar com a acepção foucaultiana de guerra, esses prolongamentos de nossa guerra colonial originária são fenômenos de uma luta para manter a correlação de forças vigente e impor a adaptação à ordem por intermédio de medidas mais drásticas ou lenientes. Forma-se um espectro que se estende desde a guerra subterrânea à paz, às instituições, à lei e à ordem, até o confronto aberto, perpetrado pela repressão, pelo assassinato e pelas muitas formas de aniquilação e eliminação da alteridade. Esse amplo espectro é formado por discursos, políticas e práticas jurídico-policiais e clínico-sanitárias que podem ser belicosas ou preocupadas com o bem-estar dos objetos de controle, mas que em outro momento podem ser revertidas em seu contrário. A eficácia da “guerra às drogas” advém justamente da multiplicidade, da diversidade e das amálgamas cambiantes formadas por mecanismos convergentes e contraditórios que a todo instante se substituem e se complementam.

Claro que os métodos de atenção à saúde são, em princípio, menos gravosos que os repressivos. A psiquiatria se constituiu como alternativa crítica e concorrente à criminalização e ao encarceramento e, mesmo quando priva de liberdade, seus discursos e práticas arrefecem o embate racial fundante da sociedade. Porém, em função do mandato social de proteger as relações de dominação, o uso da força pode ensejar abusos e violência.

Isso também sucede com os aparelhos de controle do delito. Ainda que tenham a coerção como instrumento por excelência e que as atuações pautadas pela lógica da inimidade sejam a regra, sem dúvida, há atuações garantistas no campo do direito e da ação policial que se empenham em defender direitos e preservar a vida.

O problema é que o garantismo penal tende a ser anulado ou distorcido pelas interações com o conjunto de instituições jurídico-policiais que são, histórica e cotidianamente, truculentas e assassinas. Isso se repete na área da saúde, na qual ações que se querem cuidadoras e evitam escrupulosamente a coerção integram um sistema violento que subverte suas intenções. Em outras palavras, nossa tradição genocida deflete

o biopoder para aproveitá-lo em uma estratégia do poder soberano de matar.

O que viabiliza essa adulteração estratégica é sua ligação genética com a colonização. A incipiente biopolítica colonial era a contrapartida de uma adaptação forçada à escravização, posto que a submissão à ordem era a única opção de vida que era oferecida aos escravizados (Ab’Sáber, 2022). A vida era, por conseguinte, como uma concessão do poder soberano de fazer morrer e deixar viver, enquanto os mecanismos biopolíticos eram regulados por essa espécie de chantagem em que a única escolha era a adaptação à ordem escravista – escolha que, contudo, não garantia a vida do escravizado, tornava apenas menos prováveis as arbitrariedades dos “senhores”, do Estado e da sociedade.

Essa extorsão do trabalho escravo em troca da vida em cativeiro é, com as devidas atualizações, continuada até o presente. De fato, para Alliez e Lazzarato (2018/2021), as técnicas e instituições de poder e dominação que demoliram e ocidentalizaram as Américas e a África perseveraram sob a forma de um biopoder mesclado a uma “tanatopolítica racial” (p. 135).

Na “guerra às drogas”, o biopoder está imerso em um todo de criminalização, privação de liberdade e mortificação física e psíquica, o que faz da vida dócil, ordeira e disciplinada um preço a ser pago para reduzir as chances de sofrer formas mais gravosas de violência. Assim, as práticas que visam preservar vidas são as alternativas oferecidas ao aviltamento e ao morticínio.

Há um adágio conhecido para quem é do ramo das drogas (usuários, ex-usuários, profissionais, gestores), compartilhado em grupos de mútua ajuda como os alcoólicos anônimos e os narcóticos anônimos, segundo o qual o álcool e as drogas conduzem a um caminho com três C’s (todos referidos como fonte sofrimento): Clínica, Cadeia ou Cemitério (e.g. Anônimo, 2012; Tadvald, 2006). A interrupção do uso de drogas é a única alternativa para quem não quer ser privado de liberdade nas clínicas de reabilitação ou na cadeia, ou perder a vida. Outrossim, o tratamento pode aparecer como a alternativa

menos ruim para o sujeito que escolhe continuar usando, e a prisão tem o benefício de representar uma sobrevida. Como se vê, as decisões de parar de usar drogas, de aderir a um tratamento ou de obedecer às leis antidrogas são feitas com a faca no pescoço, por assim dizer. Quem não fizer a escolha “certa” arca, por sua conta e risco, com as consequências.

Considerações Finais: O Outro-Sujeito do Poder

O poder nunca é absoluto; não existe poder sem resistência. O poder é relacional e, nessa condição, tem sempre uma alteridade que lhe resiste e lhe é irredutível. Do contrário, a diferença entre o poder e o outro inexistiria, e este último seria apenas uma extensão do primeiro. Logo, o encontro do poder com algo que não é idêntico a si é também o encontro com algo que não é um complemento passivo e que se curva a todos os seus caprichos e desígnios.

Com isso, afirmamos que o indivíduo capturado pelo dispositivo da “guerra às drogas” é um foco de resistência e, pelo simples fato de constituir uma alteridade, ele lhe impõe um atrito. Por maior que seja a eficácia em docilizá-lo e discipliná-lo, sua diferença ontológica aplica uma força contrária às tecnologias de poder.

Isso significa que os movimentos, a subjetividade e o corpo do outro-sujeito das políticas e práticas antidrogas estão enredados nas relações de dominação e são, em grande medida, respostas a estas. Assim, o indivíduo diretamente atingido por esses mecanismos age movido pela guerra. Mesmo sem sabê-lo, suas ações são (também) reações à realidade antidrogas.

É fundamental que quem tiver interesse e disponibilidade para auxiliá-lo reconheça esse sujeito como o outro polo de uma relação que tenta subordiná-lo. Toda racionalidade técnica, política e/ou teleológica cuja pretensão seja tomar partido pela vida desse outro-sujeito precisa ser dialetizada com o entendimento de que ele faz parte da luta histórico-material que pode alcançá-lo sob diferentes configurações. Essa materialidade é sustentada pela guerra originária

que formou a sociedade brasileira que é incessantemente reatualizada.

As dramáticas situações-limite com que o outro-sujeito se depara podem siderar o pensamento de quem o acompanha, limitando a potência criativa inerente a afetos, ideias, interpretações da realidade e teorias propriamente ditas. Por isso, apreender a vida do outro-sujeito como um acontecimento inscrito em série ancestral e contínua de vidas agredidas, aviltadas, injustiçadas, degradadas, perseguidas e assassinadas pode ser o chão da realidade de um trabalho de pensamento que pretende auxiliá-lo em sua luta.

Todavia, para não perder o outro-sujeito de vista, é preciso percebê-lo para além das coerções e constrangimentos aos quais os mecanismos de controle do uso e do comércio de drogas o submetem, para alcançar os modos pelos quais ele responde a estes. Considerando-se suas reações às situações que se repetem pela força espantosa da história, pode-se apreender sua singularidade e os fantasmas que ele cria a partir dos espectros da guerra que se lhe apresentam.

Nas relações de poder que premem pela morte, a vida é um ato de resistência; e nas que pretendem gerir, multiplicar, dominar, estender a vida, a resistência se faz (também) pela condição singular de um sujeito que, enquanto tal, é irredutível ao poder. Nesse diapasão, o horizonte emancipatório do outro-sujeito do poder se fundamenta na possibilidade de estar vivo e de ser si mesmo. Logo, a ação que pretenda potencializar sua capacidade de resistência passa pelo reconhecimento da diferença ontológica desse outro em relação ao poder e pelo cuidado para auxiliá-lo a entrever e investir na própria singularidade.

Para finalizar, é pertinente interpor uma ponderação acerca do alcance limitado dessas afirmações – em particular, no que tange à clínica com usuários de drogas. A perspectiva crítica defendida no presente texto não implica que a internação e a abstinência devam ser descartadas de antemão para lidar com o sofrimento psíquico vivenciado pelos sujeitos. A análise histórico-política aqui empreendida não reivindica exclu-

sividade interpretativa sobre o uso problemático de drogas. Pelo contrário, entende-se que esse é um tema complexo que exige uma abordagem interdisciplinar. Para encontrar as alternativas de cuidado mais indicadas para cada indivíduo, os múltiplos saberes e práticas das ciências da saúde são de extrema valia e devem ser sopesados com cautela.

Contribuição dos autores

O artigo integra a tese de doutorado de Tiago Alves Miranda junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Dr. Luiz Augusto M. Celes. Nesse contexto, Tiago Alves Miranda participou da concepção e redação do texto. Luiz Augusto M. Celes participou da revisão e validação do texto.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Referências

- Ab'Sáber, T. (2022). *O soldado antropofágico: Escravidão e não-pensamento no Brasil*. N-1 Edições.
- Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república* [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17765>
- Alliez, É., & Lazzarato, M. (2021). *Guerras e capital* (P. P. Pimenta, Trad.). Ubu. (Trabalho original publicado em 2018)
- Alves, D. (2011). Políticas públicas sobre drogas: Situação atual, desafios e perspectivas. In Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.), *Álcool e outras drogas* (pp. 101–107). CRPSP.
- Alves, D., Seidl, E., Schechman, A., & Silva, R. (1994). Reestruturação da atenção em saúde mental: Situação atual, diretrizes e estratégias. In P. D. de Carvalho (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 197–204). Fiocruz.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309–2319. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Alves, V. S., & Lima, I. M. (2013). Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, 13(3), 9–32. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v13i3p9-32>
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados e alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In P. D. de Carvalho (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 73–84). Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Fiocruz.
- Amarante, P. (Coord.). (2020). *Autobiografia de um movimento: Quatro décadas da reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016)*. CAPES. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42940>
- Anônimo. (2012, dezembro). A triste sorte de um alcoólatra. In *Existe uma solução*. [Blog]. <https://passeamensagem.wordpress.com/2012/12/>
- Assis, J., Barreiros, G., & Conceição, M. (2013). A internação para usuários de drogas: Diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584–596. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>
- Avelar, L. (2014, 1 de novembro). Uso se branco, abuso se preto. *Revista de História da Biblioteca Nacional*, (110). <https://web.archive.org/web/20150315070654/http://revistadehistoria.com.br/secao/capa/uso-se-branco-abuso-se-preto>
- Batista, N. (1998). Política criminal com derramamento de sangue. *Discursos Sediciosos*, 3(5–6), 77–94.
- Batista, V. M. (2014). Atendendo na guerra. In L. L. Elias & V. M. Batista (Orgs.), *Atendendo na guerra: Dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”* (pp. 179–195). Revan.
- Bittencourt, L. M. (1986). *Do discurso jurídico à ordem médica: Os descaminhos do uso de drogas no Brasil* [Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. <http://ppg.psi.puc-rio.br/uploads/>

- uploads/1969-12-31/1986_7aa616140dbdbcb9b16b4731f812dd75.pdf
- Boiteux, L. (2006). *Controle penal sobre as drogas ilícitas: O impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. CETAD Observa. <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/355.pdf>
- Boiteux, L. (2010). Drugs and prisons: The repression of drugs and the increase of the Brazilian penitentiary population. In P. Metaal & C. Youngers (Eds.), *Systems overload: Drug laws and prisons in Latin America* (pp. 30–38). Transnational Institute; The Washington Office in Latin America. <https://www.tni.org/en/publication/systems-overload>
- Boiteux, L. (2013). Liberdades individuais, direitos humanos e a internação forçada em massa de usuários de drogas. *Revista Brasileira de Estudos Constitucionais*, 7(25), 53–80.
- Bramness, J., Hjorthøj, C., Niemelä, S., Taipale, H., & Rognli, E. (2024). Problematic diagnosis of substance-induced disorders in ICD-11. *European Psychiatry*, 67(1), 1–2. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1763>
- Brasil. (1921a). *Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921*. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>
- Brasil. (1921b). *Decreto n. 14.969, de 3 de setembro de 1921*. Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicomanos. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D14969.htm
- Brasil. (1932). *Decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1932*. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>
- Brasil. (1938). *Decreto-lei n. 891, de 25 de novembro de 1938*. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/del0891.htm
- Brasil. (1940). *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm
- Brasil. (1968). *Decreto-lei n. 385, de 26 de dezembro de 1968*. Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0385.htm
- Brasil. (1971). *Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971*. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm
- Brasil. (1976). *Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmimpressao.htm
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. (2006). *Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2. ed.). Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos de pois de Caracas*. OPAS. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf

- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2002). *Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Senado Federal. (2023). *Proposta de Emenda à Constituição nº 45, de 15 de setembro de 2023*. Altera o art. 5º da Constituição Federal, para prever como mandado de criminalização a posse e o porte de entorpecentes e drogas afins sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, observada a distinção entre traficante e usuário. <https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicameras/-/ver/pec-45-2023>
- Brasil. Supremo Tribunal Federal. (2024, 26 de junho). Decisão do Recurso extraordinário nº 635.659. In *Francisco Benedito de Souza v. Ministério Público do Estado de São Paulo*. <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=4034145>
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Artes médicas.
- Campos, M. S. (2018). O novo nem sempre vem: Lei de drogas e encarceramento no Brasil. *Boletim de Análise Político-Institucional – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, (18), 31–38. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8846>
- Carneiro, H. (2018). A fabricação do vício. In B. Alexander, E. Merhy, & P. Silveira (Orgs.), *Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem uso de drogas* (pp. 215–239). Rede UNIDA. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/criminalizacao-ou-acolhimento-pdf/view>
- Carneiro, H. (2019). Proibição da maconha: Racismo e violência no Brasil. *Cahiers des Amériques Latines*, (92), 135–152. <https://doi.org/10.4000/cal.10049>
- Carvalho, S. (2014). *A política criminal de drogas no Brasil: Estudos criminológico e dogmático da Lei 11.343/06* (7. ed.). Saraiva.
- Clausewitz, C. (2023). *Da guerra* (M. T. Ramos, Trad.; 4. ed.). WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1832)
- Costa, J. F. (2006). *História da psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico* (5. ed.). Garamond.
- Costa, P. H. A. (2020). *Por um (outro) mundo com drogas: Questão social e capitalismo*. Usina editorial.
- Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2022). “Negro: De bom escravo a traficante”: Contribuições de Clóvis Moura à crítica da guerra às drogas no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, 37(2), 511–530. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202237020006>
- Costa, P. H. A., & Paiva, F. S. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: Modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1009–1031. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300015>
- Courtwright, D. (2010). The NIDA brain disease paradigm: History, resistance and spinoffs. *BioSocieties*, 5(1), 137–147. <https://doi.org/10.1057/biosoc.2009.3>
- Coutinho, C. N. (1979). A democracia como valor universal. In Ê. Silveira, L. L. Radice, & C. Ne (Orgs.), *Encontros com a civilização brasileira* (Vol. 9, pp. 33–47). Civilização Brasileira.
- Engel, M. G. (1999). As fronteiras da “anormalidade”: Psiquiatria e controle social. *História Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(3), 547–563. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>
- Engel, M. G. (2001). *Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Fiocruz.
- Escohotado, A. (2020). *Historia general de las drogas* (12. ed.). Espasa Libros. (Trabalho original publicado em 1998).
- Fernandes, F. (1975). *Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina* (2. ed.). Zahar Editores.
- Fernandes, F. (1995). *Em busca do socialismo: Últimos escritos e outros textos*. Xamã.
- Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: Reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In H. Carneiro & R. Venâncio (Orgs.), *Álcool e drogas na história do Brasil* (pp. 257–290). Alameda.
- Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, (92), 9–21. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002>

- Flauzina, A. L. P. (2006). *Corpo negro caído no chão: O sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://repositorio.unb.br/jspui/handle/10482/19062>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Anuário brasileiro de segurança pública 2021*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/60>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2023). *Anuário brasileiro de segurança pública 2023*. <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (J. A. G. Albuquerque, Trad.). Edições Graal. (Trabalho original publicado em 1976)
- Foucault, M. (2010). *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)* (M. E. Galvão, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1997)
- Goldberg, A. (2019). The (in)significance of the addiction debate. *Neuroethics*, 13, 311–324. <https://doi.org/10.1007/s12152-019-09424-5>
- Gonçalves, M. S. (2011). *Mente sã, corpo são: Disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na corte imperial (1850-1880)* [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz]. Repositório Institucional da Fiocruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17736>
- Gonçalves, M. S., & Edler, F. C. (2009). Os caminhos da loucura na corte imperial: Um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(2), 393–410. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200013>
- Greco, V., Filho. (1996). *Tóxicos: Prevenção-repressão: Comentários à Lei 6.368, de 21/10/1976, acompanhados da legislação vigente e de referência e ementário jurisprudencial* (11. ed.). Saraiva.
- Griffell, M., & Hart, C. (2018). Is drug addiction a brain disease? This popular claim lacks evidence and leads to poor policy. *American Scientist*, 106(3), 160–167. <https://www.americanscientist.org/magazine/issues/2018/may-june>
- Hart, C. (2020). Exaggerating harmful drug effects on the brain is killing black people. *Neuron*, 107, 215–218. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.019>
- Heather, N., Field, M., Moss, A., & Satel. S. (2022). General introduction. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (pp. 1–9). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762>
- Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D., Rehm, J., Leggio, L., & Vanderschuren, L. (2021). Addiction as a brain disease revised: Why it still matters, and the need for consilience. *Neuropsychopharmacol.*, 43, 1715–1723. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y>
- Karam, M. L. (2008). A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In B. Labate, S. Goulart, M. Fiore, E. McRae, & H. Carneiro (Orgs.), *Drogas e cultura: Novas perspectivas* (pp. 105–120). Edufba.
- Karam, M. L. (2014). “Guerra às drogas” e saúde: Os danos provocados pela proibição. In L. L. Elias & V. M. Batista (Orgs.), *Atendendo na guerra: Dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”* (pp. 157–174). Revan.
- Leshner, A. (2022). Addiction is a brain disease, and it matters. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (pp. 20–24). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762>
- Levine, H. (1978). The discovery of addiction: Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1), 143–174. <https://doi.org/10.15288/jsa.1978.39.143>
- Lewis, M. (2018). Brain change in addiction as learning, not disease. *The New England Journal of Medicine*, 379(16), 1551–1560. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1602872>
- Lima, J. C. R. (1989). Por detrás de muitas máscaras: Legislação, psiquiatria e drogas. *Cadernos de Estudos Sociais*, 5(1), 31–47.
- Loeck, J. (2021). A fiscalização das comunidades terapêuticas pela vigilância sanitária municipal e suas implicações práticas: O caso de um município de grande porte brasileiro. In Drugs, Security and Democracy Program, *Working paper series: Comunidades terapêuticas no Brasil* (pp. 20–24). Social Science

- Research Council. <https://doi.org/10.35650/SSRC.2082.d.2021>
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 801–821. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>
- Machado, L. V., & Boarini, M. L. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: A estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580–595. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>
- Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal.
- Malvezzi, C., & Nascimento, J. (2018). Cuidado a usuários de álcool na atenção primária: Moralismo, criminalização e teorias da abstinência. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1095–1112. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00153>
- Marlatt, G. A. (1999). Redução de danos no Mundo: Uma breve história. In G. A. Marlatt, *Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco* (D. Bueno, Trad., pp. 29–43). Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1998)
- Mesquita, F. (2020). Redução de danos. *Boletim do Instituto de Saúde*, 21(2), 10–17. <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34613>
- Nascimento, A. (2016). *O genocídio do negro brasileiro: Processo de um racismo mascarado* (3. ed.). Perspectivas.
- Olmo, R. (1990). *A face oculta da droga* (T. Ottoni, Trad.). Revan. (Trabalho original publicado em 1988)
- Passos, E., & Souza, T. (2011). Redução de danos e saúde pública: Alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154–162. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100017>
- Pelbart, P. P. (2020). *Ensaio do assombro*. N-1 Edições.
- Petuco, D. (2020). As três ondas da redução de danos no Brasil. *Boletim do Instituto de Saúde*, 21(2), 94–103. <https://doi.org/10.52753/bis.2020.v21.34622%20>
- Pickard, H. (2022). Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology*, 239, 993–1007. <https://doi.org/10.1007/s00213-021-06013-4>
- Poznyak, V., Reed, G., & Medina-Mora, M. (2017). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(3), 1–7. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000622>
- Reinarman, C. (2005). Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addiction Research and Theory*, 13(4), 307–320. <https://doi.org/10.1080/16066350500077728>
- Resende, H. (2001). Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In S. Tundis & N. Costa (Orgs.), *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (7. ed., pp. 15–73). Vozes.
- Ribeiro, A. C., Jr. (2016). As drogas, os inimigos e a necropolítica. *Cadernos do CEAS*, (238), 595–610. <https://cadernosdoceas.ucsul.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/251>
- Ribeiro, F., & Minayo, M. (2020). As mudanças na política brasileira de drogas: O avanço da lógica da justiça sobre a saúde. *Revista Cultura y Droga*, 25(29), 17–39. <https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.29.2>
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2017). A evolução do conceito de dependência química. In A. Gigliotti & A. Guimarães (Orgs.), *Adição, dependência, compulsão e impulsividade* (pp. 57–68). Rubio.
- Ribeiro, M., & Marques, A. (2012). Diagnóstico clínico e motivacional. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *O tratamento do usuário de crack* (2. ed., pp. 211–238). Artmed.
- Rodrigues, T. (2012). *Narcotráfico: Uma guerra na guerra* (2. ed.). Desatino.
- Rodrigues, T., & Labate, B. C. (2018a). Proibição e guerra às drogas nas Américas: Um enfoque analítico. In B. C. Labate & T. Rodrigues (Orgs.), *Políticas de drogas no Brasil: Conflitos e alternativas* (pp. 69–103). Mercado de Letras.
- Rodrigues, T., & Labate, B. C. (2018b). A política de drogas brasileira: Tensões entre a repressão e as alternativas. In B. C. Labate & T. Rodrigues (Orgs.), *Políticas de drogas no Brasil: Conflitos e alternativas* (pp. 105–139). Mercado de Letras.

- Rodrigues, T., & Labate, B. C. (2018c). Pacificação, militarização e a “guerra às drogas” no Brasil. In B. C. Labate & T. Rodrigues (Orgs.), *Políticas de drogas no Brasil: Conflitos e alternativas* (pp. 251–285). Mercado de Letras.
- Saad, L. (2019). “*Fumo de negro*”: A criminalização da maconha no pós-abolição. EDUFBA.
- Santos, E. R. (2020). Controle, vigilância e punição: Discursos criminológicos e narrativas raciais na restrição de entorpecentes no Brasil. In C. Oliveira, J. Birman, S. Nunes, & V. Batista (Orgs.), *Segregações, violências e subjetivações* (pp. 175–197). Revan.
- Santos, M., & Pires, R. (2020). Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: Entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras. *Teoria e Cultura*, 15(2), 148–164. <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.29229>
- Santos, T. (Org.). (2017). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: INFOPEN*. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Departamento Penitenciário Nacional. <https://www.conjur.com.br/dl/in/infopen-levantamento.pdf>
- Saunders, J., Degenhardt, L., Reed, G., & Poznyak, V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, present, and future. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(8), 1617–1631. <https://doi.org/10.1111/acer.14128>
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: Implicações para o tratamento. *Ciências & Saúde Coletiva*, 15(3), 687–698. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300011>
- Schneider, D. R., & Lima, D. S. (2011). Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. *Psico*, 42(2), 168–178. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>
- Silva, A. G. (2023, 17 de agosto). Debate sobre descriminalização do porte de drogas. In Canal da Psiquiatria, *Presidente da ABP participa de debate sobre a descriminalização do porte de drogas no Senado* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=fnlaGbtK1PU&t=572s>
- Silva, C. C. (2013). A aliança entre psiquiatria e justiça no controle do uso de droga: Medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS*, 4(1), 1–24. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-700X2013000100004&script=sci_arttext
- Silva, C. C. (2014). Da punição ao tratamento: Rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. In T. Ramminger & M. Silva (Orgs.), *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas* (pp. 51–68). Rede UNIDA. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/mais-substancias-para-o-trabalho-em-saude-com-usuarios-de-drogas-pdf>
- Silva, E. A. (2011). Intervenções clínicas: O uso, abuso e dependência de drogas. In Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Org.), *Álcool e outras drogas* (pp. 35–40). CRPSP.
- Silva, M. L. da (2015). *Drogas: Da medicina à repressão social: A cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. Outras Letras.
- Silveira, D. X., Filho. (2021, 3 de maio). Proibição e saúde. In *Drogas: Quanto custa proibir*. <https://drogasquantocustaproibir.com.br/artigos/proibicao-e-saude/>
- Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001* [Relatório final]. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mental_relatorio.pdf
- Sousa, F., & Jorge, M. (2019). O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: Retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), 1–19. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Souza, D., Oliveira, M., Soares, R., Domanico, A., & Pinho, P. (2017). Resistências dos profissionais da atenção psicossocial em álcool/drogas à abordagem de redução de danos. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 16–24. <https://doi.org/10.15210/jonah.v7i1.9276>
- Szasz, T. (2011). The myth of mental illness: 50 years later. *The Psychiatrist*, 35(5), 179–182. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031310>
- Tadvald, M. (2006). *Serenos, corajosos e sábios: A plataforma terapêutica dos alcoólicos anônimos e seus participantes através de um*

- olhar antropológico* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital da UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/5797>
- Tagliamento, G., Souza, A., Ferreira, R., & Polli, G. (2020). Processo de saúde-doença nos modelos de abstinência e redução de danos: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia Argumento*, 38(99), 174–200. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/25876>
- Teixeira, I. (2015). *Expurgos urbanos: Epidemia e gestão penal na política de enfrentamento ao crack* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UnB. <http://repositorio.unb.br/jspui/handle/10482/19062>
- Teixeira, M. (2006). A geração de danos ou a redução de danos ao contrário: Considerações sobre o mau uso das internações psiquiátricas no tratamento de dependentes. In D. Silveira & F. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 123–128). Atheneu.
- Vargas, E. V. (1998). Os corpos intensivos: Sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In L. F. D. Duarte & O. F. Leal (Orgs.), *Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas* (pp. 121–136). Fiocruz.
- Volkow, N., & Koob, G. (2015). Brain disease model of addiction: Why is it so controversial? *Lancet Psychiatry*, 2(8), 677–679. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00236-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00236-9)
- Volkow, N., Koob, G., & McLellan. T. (2022). Neurobiologic advances from the Brain Disease Model of Addiction. In N. Heather, M. Field, A. Moss, & S. Satel (Eds.), *Evaluating the Brain Disease Model of Addiction* (pp. 25–34). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003032762>
- Weingardt, K. R., & Marlatt, G. A. (1999). Redução de danos e políticas públicas. In G. A. Marlatt. *Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco* (D. Bueno, Trad.; pp. 245–265). Artes Médicas Sul. (Trabalho original publicado em 1998)
- World Health Organization (2024). *CID-11 para estatísticas de morbidade e mortalidade*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/pt#1602669465>

Editor Associado: William B. Gomes

Recebido: 02/07/2024
1ª revisão: 02/12/2024
2ª revisão: 30/01/2025
Aceite final: 31/01/2025

Apêndice

Indicação de Leitura

O livro de Escotado é excelente introdução ao tema do controle transnacional do uso de drogas que o Brasil reproduz: Escotado, A. (2020). *Historia general de las drogas* (12. ed.). Espasa Libros. (Trabalho original publicado em 1998).



O(s) autor(es), 20234 Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.