

Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira

Health care as a democratic practice: actions in drug use settings to analyze democracy in Brazil (abstract: p. 16)

Atención de la salud en el territorio como práctica democrática: acciones en escenas de uso de drogas como analizadores de la democracia brasileña (resumen: p. 16)

Rafael Coelho Rodrigues^(a)

<rafaelcoelho@ufrb.edu.br> 

Cristiane Moreira da Silva^(b)

<cristiane.moreira@ucp.br> 

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Avenida Carlos do Amaral, 1015, Cajueiro. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil. 44430-622.

^(b) Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Mestrado), Universidade Católica de Petrópolis. Petrópolis, RJ, Brasil.

Propomos articular democracia, produção de saúde e cuidado com grupos vulnerabilizados. Utilizamos como analisadores ações estatais em cenas de uso de drogas ilícitas em São Paulo e no Rio de Janeiro, que coadunam com estratégias de intervenções sobre regiões tornadas negócios e sobre grupos que habitam tais regiões e, por isso, precisam ser removidos, que podem ser consideradas intervenções próprias ao neoliberalismo e seu correlato jurídico, o Estado de Exceção permanente. Entendemos que políticas de governo que pautam suas ações pela abstinência e internação dos usuários classificados como dependentes químicos estão em sinergia com a chamada guerra às drogas. Nosso objetivo é sinalizar que a atenção ao uso de substâncias psicoativas como preconizado pela estratégia da redução de danos tem potencial para capilarizar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, desse modo, do escopo democrático nos territórios de maior vulnerabilidade social.

Palavras-chave: Saúde. Política pública. Democracia. Drogas.

Introdução

Desde a luta pelas reformas sanitária e psiquiátrica por uma sociedade mais justa e democrática, o país busca consolidar um modelo de saúde pública que produziu um novo paradigma civilizatório¹. A democracia brasileira nos últimos anos do século 20 foi produzida tendo o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes de universalidade, integralidade e equidade como um de seus alicerces. A transformação do modelo sanitário, de orientação hospitalocêntrica, para promoção de saúde a partir dos territórios de vida da população encarnou a capilarização vital desse outro paradigma. As práticas de cuidado e gestão em saúde pública transformam-se a partir dos territórios em que se alicerçam. Ao buscar garantir o acesso das populações mais vulneráveis por meio dos desafios e da necessidade de equidade de serviços e práticas de saúde, o SUS também percebe suas próprias vulnerabilidades e vai se construindo em um processo constante de criação de novos serviços com estratégias inclusivas que fortaleçam e ampliem o processo democrático e a consolidação da função social do Estado. Porém, tal processo está em disputa constante e, em especial, neste momento, enfrenta um período de recrudescimento vertiginoso.

Denominamos aqui como democracia brasileira determinadas características desse modelo de governo. O Brasil tem sido descrito como uma espécie de laboratório dessa nova etapa do neoliberalismo, assim como o Chile era descrito anteriormente, durante sua ditadura militar. Talvez uma das marcas mais elegíveis desta caracterização seja a Emenda Constitucional 95, conhecida como emenda do teto dos gastos públicos, que estabelece um novo regime fiscal, tornando constitucional a política econômica de austeridade. Essa medida é avaliada pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a medida econômica mais drástica do mundo contra direitos sociais.

Segundo Wendy Brown², analisando mais especificamente os Estados Unidos, compreendemos uma relação de similaridade entre muitos pontos elencados por esta autora e temos dificuldade em encontrar até mesmo uma nomenclatura que defina o que estamos vivenciando. Pergunta ela: trata-se de um autoritarismo, fascismo, populismo, democracia não liberal, liberalismo democrático, plutocracia de extrema direita? Ou outra coisa?

A figura do estado democrático de Direito, segundo Casara³, se caracterizava pela existência de limites rígidos ao exercício do poder, e o principal desses limites era constituído pelos direitos e garantias fundamentais. O que temos configurado não dá mais conta de explicar e nomear o Estado que se apresenta. Hoje, esse autor defende que poder-se-ia falar em Estado Pós-democrático³, pois, do ponto de vista econômico, essa configuração do Estado retoma com força as propostas do neoliberalismo, ao passo que, do “ponto de vista político, se apresenta como um mero instrumento de manutenção da ordem, controle das populações indesejadas e ampliação das condições de acumulação do capital e geração dos lucros”³ (p. 17).

Neste cenário de retrocesso das conquistas sociais e políticas alcançadas pelos movimentos populares, a temática do uso de drogas se propaga como uma das principais questões da sociedade brasileira, principalmente a partir da década de 2010, quando o *crack* e os usuários dessa substância passam a ser hipervisibilizados, enquanto o contexto de extrema pobreza e vulnerabilidade que produz esse fenômeno é invisibilizado.

Temos presenciado dois modos dispares de lidar com a problemática social que envolve essa população. De um lado, programas de governo que apontam para a efetivação do processo de ampliação do cuidado nos territórios de vida, em consonância com a Lei 10216/01 e com a luta do movimento antimanicomial. De outro, projetos que pautam suas ações na direção clínica da abstinência como único mote terapêutico e em propostas de internação, inclusive involuntárias e compulsórias.

Neste artigo, discutimos as práticas de cuidado e sinalizamos como a estratégia da redução de danos (RD) para a atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, especificamente, o *crack*, podem fortalecer e ampliar o escopo democrático brasileiro. Apontamos que políticas de governo que pautam suas ações pela abstinência e internação dos usuários classificados como dependentes químicos estão em uma linha de sinergia com o proibicionismo e com a guerra às drogas, linha programática que vem no bojo das políticas neoliberais e sua forma de realizar a gestão das cidades e das populações tornadas indesejadas. Por outro lado, a estratégia clínica da RD aponta para a capilaridade da democracia e sua construção cotidiana a partir do convívio nos territórios onde a vida pulsa.

Cenas do cotidiano I

Em 21 de maio de 2017, o então prefeito de São Paulo, João Dória, coordenou uma ação com aproximadamente mil policiais na denominada Cracolândia, seguida por uma solicitação da prefeitura à Justiça – inicialmente acolhida, mas suspensa por recurso da Defensoria Pública – de internação compulsória dos usuários de *crack* daquela região.

Essas internações aconteciam há alguns anos como uma das etapas do projeto Recomeço, do governo do Estado, que previa a internação de pessoas classificadas como “dependentes químicos” em instituições nomeadas “comunidades terapêuticas” após uma avaliação médica e autorização por plantão judicial no próprio local.

Desde o início do século XX, uma série de legislações e tratados internacionais implementaram uma ampla política proibicionista às substâncias narcóticas e psicotrópicas com o objetivo de erradicação da produção de drogas ilícitas e redução do consumo, mediante um suposto incremento da proteção à saúde pública⁴.

O proibicionismo pode ser entendido como uma forma simplificada de classificar o paradigma que rege a atuação dos estados em relação a determinado conjunto de substâncias. Seus desdobramentos modulam o entendimento contemporâneo sobre o que são substâncias psicoativas ao estabelecer limites arbitrários para uso de drogas consideradas legais/positivas em detrimento de outras consideradas ilegais/negativas⁵.

A ampla adesão brasileira aos tratados proibicionistas é fruto da violência estrutural praticada pelo Estado brasileiro e sua adesão ao punitivismo como política penal⁴. Como resultado, temos o incremento da violência, a partir da militarização do combate às drogas, e o aumento de penas de prisão, com o encarceramento em massa, o que provoca, entre outros efeitos, a superlotação de penitenciárias e o fortalecimento da histórica criminalização da pobreza no Brasil.

O sistema proibicionista e o punitivismo se adequaram facilmente ao modelo repressivo brasileiro. A estratégia de guerra às drogas funciona como “carro-chefe para a criminalização”⁶ e extermínio da pobreza, por meio de um discurso em busca de lei e ordem possibilitados pela produção do medo generalizado atribuído exclusivamente à violência urbana e, esta, à pobreza⁷.

Após a Lei 11.346, de 2006, chamada Lei das Drogas, constata-se expressivo aumento do encarceramento no país. A tipificação de tráfico de drogas é a responsável pelo maior percentual de prisões (um terço). Em 1990, a população carcerária tinha pouco mais de noventa mil pessoas. Entre 1990 e 2005, o crescimento da população prisional foi de cerca de 270 mil em 15 anos. De 2006 até 2016, o aumento foi de aproximadamente trezentas mil pessoas⁸.

A população carcerária brasileira aumentou em 267%, tornando-se a quarta maior do mundo, com aproximadamente oitocentos mil presos⁹. Esse cenário é ainda mais alarmante quando realizamos uma análise interseccional¹⁰. O número de mulheres encarceradas entre 2000 e 2014 aumentou 567%, subindo de 5.601 para 37.380. A relação do encarceramento feminino com a acusação de tráfico ou associação ao tráfico é ainda mais dramática: cerca de 67%. Ao analisar a relação entre gênero, raça e classe na produção da subordinação social, percebemos a vulnerabilidade da mulher encarcerada no Brasil: jovem (metade tem até 29 anos), solteira (57%), negra (67%), com escolaridade extremamente baixa (50% não concluiu o ensino fundamental)⁹, 80% são mães e, em geral, responsáveis pelo sustento dos filhos¹¹. Apesar de condenadas por crimes sem violência, essas mulheres são mais facilmente selecionadas pelo sistema penal justamente por representar o perfil mais vulnerável à opressão social no Brasil.

Outro efeito nefasto é o extermínio de uma massa incalculável de jovens negros e pobres. Na década de 1990, auge do neoliberalismo no Brasil (pelo menos até agora), somente a polícia do Rio de Janeiro matava aproximadamente mil pessoas por mês, sendo a grande maioria pessoas com esse perfil. Em 2017, o número de pessoas mortas pela polícia no mesmo estado foi de 1.035 pessoas, o maior índice desde 2009¹².

Tais números e a reverberação deles corroboram a tese de Batista¹³ para quem vivemos um processo de adesão subjetiva à barbárie. A banalização desse extermínio também evidencia o que vários autores como Batista¹⁴, Nascimento¹⁵ e Flauzina¹⁶ denunciam há décadas como sendo efeito direto do processo de racismo estrutural¹⁷.

Entende-se que a guerra às drogas, ao construir e ser construída a partir de uma narrativa de aumento da criminalidade em decorrência do tráfico e de uma suposta epidemia do uso de substâncias psicoativas, constrói um cenário propício para os instrumentos de governo que encarnam em nosso dia a dia o racismo de Estado, assim como pensado por Foucault¹⁸.

Dessa maneira, a política de guerra às drogas contribui para uma política de Estado higienista, racista e machista, implementada por um Estado oligárquico, patriarcal e colonialista, produzindo o corte biopolítico percebido por Foucault¹⁹, em sociedades atravessadas pelo biopoder, ou seja, modalidades de governo da vida, um conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais entram em uma política em uma estratégia política e de poder.

Desse modo, há um grande paradoxo. O período em que mais se fala e se defende a vida é também aquele em que mais se mata¹⁸. Os discursos de defesa e cuidado com a vida, nessa nova modalidade de gestão e governo da própria vida, e estratégias biopolíticas têm sua importância e aceitação por meio do discurso científico e médico, que passam a pautar os modos legítimos de viver, dentro de uma determinada norma. Com isso, há todo um procedimento de normalização que investe, principalmente – mas não só –, nas categorias que fogem à norma, entre as quais se enquadram hoje os considerados usuários de drogas.

Mbembe²⁰ entende que na atualidade o conceito de biopoder não é mais suficiente, tamanha a violência do Estado e dos poderes constituídos contra negros e minorias, denominando como necropolítica as formas contemporâneas da subjugação da vida ao poder da morte.

Enfatiza-se que a guerra às drogas, além de matar e criminalizar populações historicamente já vulnerabilizadas pelo racismo estrutural, enfraquece políticas de cuidado no território, dificulta o acesso dessas populações ao SUS e, desse modo, prejudica a atuação desses indivíduos como cidadãos no exercício pleno de seus direitos constituídos.

Estratégias biopolíticas de governo: o entrelaçamento do social e do penal no neoliberalismo contemporâneo

O processo que se denominou globalização refere-se à expansão do capitalismo²¹ que, nas últimas décadas, estabelece um modo de governo que tem como uma de suas premissas a diminuição das políticas sociais do Estado, que passa a convergir para um funcionamento pautado pela lógica do mercado. O que antes era considerado como direito, fruto das lutas sociais e populares, passa a ser vendido como mercadoria, um serviço a ser prestado por empresas. Essa razão neoliberal²² se estende para grande parte do planeta, pautando as ações do Estado e definindo as possibilidades de vida para bilhões de pessoas. Oliveira²³ entende que, no neoliberalismo, a economia domina totalmente a política, e na periferia do capitalismo o que há é um sistema de “totalitarismo neoliberal”, já que a “violência do capital numa economia periférica [...] não se deixa enquadrar institucionalmente” (p. 311). Klein²⁴ percebeu como o neoliberalismo é violento e somente possível de ser implementado a partir das suas sucessivas crises que se tornam permanentes, constituindo-se em um capitalismo de desastre^{22,24} com uma crise tornada permanente que possibilita uma modalidade específica de governo: o governo pela crise.

Tamanha é a violência de um Estado (que, por aqui, ainda iniciava a efetivação de direitos sociais à sua população) que este só se faz possível por meio de um Estado de Exceção que se torna permanente. Esse Estado de Exceção, para Agamben²⁵, é uma estrutura política fundamental, em nosso tempo, emergindo sempre mais ao primeiro plano e tendendo, por fim, a tornar-se regra²⁶. Nesse sentido, o Estado de Exceção apresenta-se como um patamar de indeterminação entre democracia e absolutismo²⁷ em uma espécie de “guerra civil silenciosa”²⁸.

Nesse contexto, o uso do *crack* estava entre os principais assuntos no cenário nacional durante o início da década de 2010, pautado em determinados significantes como epidemia, zumbis e violência. Após aproximadamente duas décadas de presença dessa substância no Brasil e de imagens e debates inflamados sobre as denominadas crackolândias, o governo federal implementou, em 2011, o “Programa *crack*, é possível vencer”, que até 2014 custou R\$ 3,5 bilhões, focado em ações interministeriais de cuidado, saúde e repressão ao tráfico.

O programa tinha como base um tripé de ações voltadas para a prevenção (a partir da educação, com informações e formação), do cuidado (com aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção ao usuário) e da autoridade (enfrentamento ao tráfico de drogas e às organizações criminosas).

Antecedendo a Copa do Mundo de futebol masculino e as Olimpíadas, aconteceram ações pautadas pelo paradigma da abstinência em contraste com outro paradigma, o da RD. O paradigma da abstinência evidenciou um dispositivo “pouco definido, mas muito propagado e presente nas ruas mais centrais da cidade: a internação compulsória ou involuntária de dependentes químicos do *crack*”²⁹ (p. 24). Tal dispositivo teve como justificativa o tratamento e uma suposta proteção social de pessoas que viviam nas ruas e utilizavam a droga.

São identificados quatro eixos das políticas públicas de segurança e proteção social: saúde, assistência social, justiça e segurança pública (polícia), que vão ao encontro do objetivo do “Programa *crack*, é possível vencer”, que é justamente realizar um enlace entre as diversas políticas. Ao discutirem a formação desse dispositivo que congrega políticas de tratamento e prevenção ao uso de drogas, intervenções de reordenamento urbano por parte do Estado e uma pretensa garantia de direitos sociais entendem que na base estão articuladas a abstinência e a guerra às drogas; “e ainda, ligado a esses paradigmas, uma certa concepção de cidade e ordenamento do espaço público: a cidade como empresa e o espaço público ‘limpo’ daqueles considerados degradados”²⁹ (p. 25).

Assim, há uma linha de continuidade entre essa prática dita de cuidado e uma determinada política de reordenamento do espaço público da cidade. Com isso, consideramos a questão das drogas e, aqui, mais especificamente, o *crack*, como um dispositivo³⁰ que produz o próprio fenômeno “drogas”, reprimindo-o, mas também, assim como nos mostrou Foucault³¹ ao descrever o dispositivo da sexualidade, incitando-o. Assim, o dispositivo produz uma série de leis; políticas de tratamento e cuidado; rearranjos do espaço urbano; e modos de a sociedade lidar com o fenômeno droga.

As cenas analisam como acontecem duas modalidades de intervenção possibilitadas por esse modo de governo pela crise e pelo *crack* como dispositivo: a gestão da cidade-negócio e a intervenção sobre grupos vulnerabilizados.

Cenas do cotidiano II

Em 2013, durante as inúmeras intervenções urbanas que preparavam a cidade do Rio de Janeiro para ser sede dos maiores eventos esportivos do mundo, ocorreu, na madrugada do dia 19 de fevereiro, o fechamento das quatro pistas da Avenida Brasil (uma das principais vias de mobilidade da cidade). A ação foi realizada por quatro veículos blindados da polícia militar do estado (conhecidos como “caveirões”) e cerca de dois mil policiais. O objetivo era a realização de uma ação de “acolhimento” de aproximadamente trezentas pessoas na chamada “cracolândia” da favela da Maré, situada às margens da referida avenida. Naquela oportunidade, com as polícias, havia técnicos das Secretárias de Saúde, Assistência Social, Ordem Pública e guardas municipais. No âmbito da saúde, 25 leitos hospitalares foram disponibilizados para o processo de estabilização e desintoxicação dos usuários/dependentes^(c).

A ação estatal descrita demonstra como tem sido realizada a maioria das intervenções em cenas de uso de *crack*, localizadas em regiões degradadas da cidade, ocupadas pelos invisibilizados no que tange às políticas de cuidado ou aos hipervisibilizados quando nos referimos à ação das políticas punitivas.

O Estado governado pela lógica do mercado promove cidades que vão competir entre si para terem os maiores investimentos, passando a ser uma cidade-negócio, cidade-espetáculo³¹, deixando de ter como premissa a construção de condições dignas de vida para seus habitantes e o consequente exercício pleno da cidadania. Do sentido tradicional conferido à *polis* como lugar da política, a cidade da competição se torna o lugar do fim da política, no qual a economia e o mercado governam cada vez mais a partir das iniciativas público-privadas e da gestão da máquina pública a partir das prerrogativas da suposta eficiência empresarial.

Rolnik³² diz que uma nova colonização vai acontecendo à medida que a habitação vai se transformando em mercadoria e em ativo financeiro. Isso produz o que a autora chamou de “déficit de cidade” no neoliberalismo. A cidade precisaria ser um local onde as pessoas pudessem ter moradias dignas, que funcionassem como uma espécie de portal a partir do qual seria possível acessar as cidades e os benefícios que elas podem oferecer³².

Entretanto, temos percebido uma sinergia entre os modos como o Estado de Exceção permanente faz a gestão dos interesses do capital por meio de acontecimentos como os desastres naturais, os grandes eventos esportivos ou culturais e a revitalização de áreas degradadas das metrópoles. A partir desses acontecimentos, é possível realizar uma dupla intervenção³²: em territórios da cidade, alvos de futura valorização imobiliária, e em grupos de pessoas vulnerabilizadas e tidas como indesejadas nestes espaços (para a possível valorização de tais territórios).

Essas intervenções são possíveis por meio de um determinado uso do conceito de risco, seja pelas situações de risco – que possibilitam as remoções ou as intervenções na cidade pós-desastres ou nas localidades degradadas e que são alvo da iniciativa privada –, seja pelo discurso do risco social ou condição de vulnerabilidade que grupos se tornam alvo do aparato da assistência penal preventiva do Estado de Exceção Permanente, condição *sine qua non* para o governo neoliberal e a fabricação da cidade-mercado.

^(c)Fonte: Jornal O Globo de 20/02/2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/vinte-nove-usuarios-de-crack-sao-internados-involuntariamente-7614534>. Acesso em 3 de dezembro de 2020.

Em relação aos preparativos da Copa do Mundo de futebol de 2014 e os Jogos Olímpicos de 2016, no Rio de Janeiro, vários movimentos sociais, associações de moradores e pesquisadores³³⁻³⁵ relatam o processo violento com o qual as remoções foram realizadas. Nacif e Faulhaber³⁶ citam o levantamento “Panorama do Mercado Imobiliário do Rio de Janeiro – 2010” para demonstrar que, do ano de 2001 até 2010, os preços dos imóveis na cidade chegaram a valorizar-se entre 400% e 700% em decorrência das propostas de valorização urbanística possibilitada pelos grandes eventos que ocorreriam na cidade. Os mapas apresentados “não deixam margem a dúvidas: trata-se de expulsar os pobres para áreas distantes, expandindo os limites das periferias da metrópole”³³ (p. 10).

A exclusão dos pobres é mais um elemento, talvez o mais eficiente, de valorização econômica do espaço que se quer distinguir na operação³¹. A estratégia seguida pela política de segurança do estado também observa essa lógica territorial. Com o incremento das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs), presenciou-se o que Nacif e Faulhaber³⁶ denominaram de “remoção branca” nas favelas em áreas valorizadas da cidade.

Para Maricato³⁷, as cidades são objeto fundamental do processo de acumulação de capital na globalização neoliberal e os megaeventos constituem momentos especiais e potencializados desse processo. O Estado tem papel central por meio da utilização do fundo público para o financiamento de obras monumentais, garantias de investimentos privados ou manejos das normas urbanísticas ou de licitação.

As novas formas de governança conduzem à expansão das fronteiras do mercado por meio de processos contínuos de acumulação por espoliação ou de capitalização do espaço e da vida por meio da captura e do cercamento dos espaços públicos; e da extensão da mercantilização da terra e da moradia ou simplesmente de expulsões. Rolnick cita Zizek, que entende que trata-se da:

[...] expansão do reino do mercado, combinada ao enclausuramento do espaço público, à diminuição de serviços públicos (saúde, educação, cultura) e ao aumento do funcionamento autoritário do poder político³⁸. (p. 347)

Indo além, Agamben³⁹ descreve as novas formas de governo nas metrópoles de uma *polis* fundada sobre um centro para uma nova espacialização metropolitana despolitizada, não sendo possível distinguir público e privado.

Estamos diante do que Rolnick³⁸ denominou “guerra dos lugares”, ou de uma “guerra pelos lugares”, na qual a guerra às drogas e a internação compulsória de usuários de drogas que circulam livremente pela cidade são partes definitivas e fundamentais. Esse processo foi denominado por Ruth Glass⁴⁰, em 1964, como “gentrificação”: fenômeno que afeta uma região ou bairro alterando as dinâmicas da composição do local, com novos pontos comerciais ou construção de novos edifícios, valorizando a região, afetando a população de baixa renda local e, muitas vezes, expulsando essa camada da população dessas regiões.

As intervenções policiais em cenas abertas de uso de drogas – tais como as analisadas neste texto – são frequentes no Brasil. O caráter higienista dessa prática fica visível quando narramos a ação truculenta ocorrida na cidade de São Paulo, na qual percebe-se nitidamente que as ações policiais não tinham sequer continuidade de ações sociais ou de saúde

pública. Eram apenas repressivas. Mesmo quando acontecem ações sociais ou de saúde, após essas ações midiáticas da polícia, evidentemente, nota-se a discrepância de recursos públicos investidos nas ações de repressão em detrimento das ações sociais ou de saúde, como demonstrou a situação narrada do Rio de Janeiro. Fica pungente, desse modo, a preponderância da lógica neoliberal a guiar tais ações de governo, com a maximização do controle e das políticas de segurança em detrimento das ações de saúde e assistência.

Em relação às ruas do centro de São Paulo denominadas, pejorativamente, de “Cracolândia”, a região foi degradada por ações da própria prefeitura da cidade. Em 2007, a gestão da prefeitura, na ocasião, decidiu fechar o Shopping da Luz e, em 2010, demoli-lo, assim como uma série de outros prédios, deixando a região em ruínas. Aos poucos, os serviços públicos, como a coleta do lixo e a reforma permanente dos espaços públicos, foram negligenciados. Foi assim que, para Rolnik³², aquela região passou a atrair pessoas também negligenciadas.

Assim, da mesma forma como ocorreu na cidade do Rio e em tantas outras cidades, permite-se a deterioração de uma determinada área da cidade e responsabiliza-se a população mais vulnerável e marginalizada, que passa a ocupar aquela região na qual o acesso é possível, que será posteriormente entregue à iniciativa privada, que a transformará em ativos financeiros no mercado da especulação imobiliária.

O crack como dispositivo de gestão da população

Compreender-se-á o *crack* como dispositivo a partir do qual uma determinada gestão da cidade-negócio é possibilitada, com sua especulação imobiliária e gentrificação⁽⁹⁾, próprias à racionalidade neoliberal e, em outro movimento, à gestão de populações diagnosticadas como dependentes químicas, classificadas como vulneráveis e, ao fim e ao cabo, indesejadas.

É por meio da gestão desta população que parte da gestão da cidade-negócio se torna possível. O discurso de cuidado com os dependentes do *crack* possibilita práticas de segregação e internação compulsória. Desse modo, os territórios degradados, ocupados por pessoas desprezadas e esquecidas pelo Estado, vão se tornando matéria-prima para as parcerias público-privadas e a privatização dos espaços públicos.

Como condição de possibilidade deste modo de gestão da população usuária de *crack*, o discurso de uma epidemia da droga foi fundamental⁴¹. Tal narrativa era cercada de elementos morais, religiosos e punitivistas. Um cenário de comoção e medo foi sendo erigido e fortalecido, que foi crucial para o “Programa *crack*, é possível vencer” e sua justificativa orçamentária.

Contudo, apenas em 2014 foi realizada uma ampla pesquisa sobre o uso e o perfil dos usuários da substância no Brasil⁴². A pesquisa demonstrou que a prevalência de uso regular de *crack* nas capitais brasileiras era de 0,8% da população adulta. Esse dado é preocupante do ponto de vista da saúde pública, evidentemente, porém, encontra-se muito distante das prevalências estimadas de dependência do álcool, de oito a 15 vezes maiores.

⁽⁹⁾ Derivada de “*gentrification*”, entende-se fenômeno que afeta uma região ou bairro pela alteração das dinâmicas da composição do local, tal como novos pontos comerciais ou construção de novos edifícios, valorizando a região, afetando a população de baixa renda local e, muitas vezes, expulsando essa camada da população dessas regiões.

No entanto, segundo Garcia⁴³, foram os marcadores de exclusão social que mais chamaram a atenção do governo federal na interpretação da pesquisa. Oito em cada dez usuários regulares de *crack* são negros. Oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. Essas proporções são bem maiores do que as encontradas no conjunto da população brasileira. Além disso, elas referem-se a características temporalmente anteriores ao uso do *crack*. Somavam-se a esses outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de *crack* têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante de que 47% relatam histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens).

Este mesmo autor, na época em que estava à frente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ), ao prefaciá-lo livro resultado da pesquisa “*Crack e exclusão social*”, realizada por Jessé Souza, aponta que exclusão social e uso de *crack* provavelmente formam um ciclo vicioso que se retroalimenta e – pior – estende seu efeito mesmo para aqueles que sequer fazem uso da droga⁴⁴.

Como dispositivo híbrido, o “Programa *crack*, é possível vencer” possibilitou o avanço na consolidação de uma rede de atenção psicossocial, em substituição à lógica hospitalocêntrica que regia o cuidado ao sofrimento psíquico no país. Nicodemos e Elias⁴⁵ salientam a expansão de novas estratégias e tecnologias de cuidado, possibilitadas contraditoriamente pelo pânico moral vinculado ao aumento do consumo do *crack*, como a implantação de Consultórios de Rua e Centros de Referência vinculado às universidades e escolas para redutores de danos.

Em um movimento paradoxal à expansão dos serviços territoriais calcados nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, possibilitados pelo cenário criado em torno do *crack*, foram viabilizadas também práticas e políticas de exclusão, segregação e violência. Em detrimento das políticas necessárias que articulavam serviços intersetoriais para lidar com o histórico processo de exclusão dos usuários do *crack*, como demonstrou a pesquisa citada, foi consolidado de lá pra cá um cenário no qual internações voluntárias ou compulsórias foram legitimadas e estabelecimentos denominados “comunidades terapêuticas”, fortalecidos, muito em função de suas vinculações com lideranças políticas e religiosas (conhecida como “bancada cristã”). Ou seja, ao mesmo tempo que fortalecíamos a rede de atenção psicossocial e sua lógica de cuidado territorial, a lógica da segregação e violência a essa camada da população também se fortalecia.

As comunidades terapêuticas, embora formalmente façam parte dos serviços constitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), diferenciam-se dos demais serviços ao ter como estratégia terapêutica a internação de média e longa duração; promover a abstinência obrigatória; constituir-se como instituições privadas sem fins lucrativos; e, na maioria das vezes, possuir vinculações religiosas, que, ao lado da terapia pelo trabalho (laborterapia), tornam-se atividades dentro das alternativas ditas terapêuticas.

A estratégia clínica da internação se contrapõe à Lei 10.216/2001, que regulamentou que são proibidos tratamentos em instituições asilares, principalmente no que tange ao artigo 4º, que estabelece que a internação, em qualquer modalidade, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, sendo permitida apenas em situações excepcionais e graves.

Diferentemente dessa estratégia de internação que segregava os já excluídos, que vem em uma linha de continuidade com o proibicionismo e, desse modo, com a política de guerra às drogas, a estratégia de RD possibilita lidar com essa problemática a partir de outra perspectiva. Ao entender que o uso da substância é mais um dos elementos que compõem a vida do sujeito e que a problemática do uso prejudicial precisa ser entendida junto com os outros elementos – tais como habitação, emprego, renda, segurança alimentar, consolidação de direitos sociais, saúde e educação –, esta última estratégia compreende do modo multifatorial a questão posta.

O processo de ampliação e definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas, a partir de 2003, implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial.

A abstinência se torna um eixo articulador entre a Justiça, a Psiquiatria e a moral religiosa que, em sua articulação, definem uma política de tratamento para usuários de drogas. Por paradigma da abstinência, Passos e Souza entendem algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Paradigma da abstinência, segundo eles, é uma rede de instituições que define uma:

[...] governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso⁴⁴ (p. 157)

O paradigma da RD, em contraposição, apresenta como princípios constitutivos contribuir para o exercício da cidadania dos usuários de substâncias psicoativas, a corresponsabilidade pelo próprio processo de promoção de saúde e autonomia, preconizando o cuidado em liberdade em uma perspectiva de cuidado integral e com a construção de projetos terapêuticos entre equipe de saúde e usuários. De forma mais geral, é importante sublinhar que a RD não exclui a abstinência de determinada substância, desde que isso seja construído com o usuário e como uma etapa do Projeto Terapêutico Singular. Já uma política pública pautada pela abstinência preconiza a interrupção do uso da substância, excluindo a possibilidade de RD, caso o usuário opte pela continuidade do consumo.

O mais essencial da perspectiva da RD é ser um método construído pelos próprios usuários de drogas e que “restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo”⁴⁴ (p. 161).

Nesse sentido, a estratégia da RD é pensada como política transversal realizada a partir do funcionamento em rede de uma série de serviços intersetoriais. Busca-se, assim, a efetivação da capilarização da democracia nos territórios mais vulnerabilizados da cidade; do déficit de cidade à inclusão pela/por meio da cidade. Democracia e atenção à saúde são atravessadas e reforçam-se mutuamente, pois uma não existe sem a outra.

Considerações finais

Discutimos a relação intrínseca entre democracia, produção de saúde e o cuidado com grupos mais vulnerabilizados e objetivamos sinalizar que a atenção ao uso de substâncias psicoativas, assim como preconizado pela estratégia da RD, tem potencial para capilarizar as diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica brasileira e, desse modo, do escopo democrático nos territórios de maior vulnerabilidade social do país.

A racionalidade neoliberal opera utilizando os momentos de crise inerentes à dinâmica de reprodução do capital como forma de governo, nos quais tudo passa a ser possível. A instabilidade social que tal fenômeno produz é governada pelo Estado por meios ainda mais autoritários e violentos. Para tal modo de governo, um Estado de Exceção permanente se faz indispensável. Nesse sentido, utilizamos as intervenções estatais em cenas de uso de drogas nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro como analisadores desse modo de governo e dos seus efeitos.

As estratégias de governo que pautam suas ações por internações e pela abstinência como única estratégia clínica são percebidas como distantes da pluralidade de percepções e modos de vida que uma democracia precisa consolidar. Tais práticas produzem e são produto de uma doutrina moral no que concerne às drogas, que faz com que seus usuários sejam, ainda hoje, percebidos como pecadores, doentes ou criminosos. Além disso, percebe-se tais práticas em perigosa consonância com a política de guerra às drogas.

Cabe-nos apontar estratégias vinculadas à legislação que regulamentou a Reforma Psiquiátrica brasileira como mote privilegiado de atenção às problemáticas oriundas da pobreza extrema e do uso problemático de substâncias psicoativas, que estão entrelaçadas quando pesquisamos o cotidiano do uso do *crack* em nosso país, como demonstrou a pesquisa da Fiocruz⁴². Tais estratégias de cuidado buscam contribuir para o processo de autonomia e corresponsabilidade dos usuários dos serviços de saúde; e de participação destes e de toda a democracia em nosso país no processo de consolidação desses mesmos serviços.

Assim, compreende-se que a política proibicionista implementa uma guerra às drogas que, no entanto, funciona como uma guerra à população negra e pobre, produzindo encarceramento da pobreza e seu extermínio. Essa política tem como alicerces a abstinência, a internação dos usuários de drogas e uma gestão higienista da cidade que segrega e exclui. De outro lado, contrariamente, temos uma política abolicionista que busca entender o fenômeno droga atravessado pela pobreza extrema dos usuários de *crack* e pelo racismo estrutural da sociedade brasileira. Intervir nesse contexto é ampliar a possibilidade de sonhar e a perspectiva do problema, que deixa de ser exclusivamente a droga e passa a ser a falta de moradia, de alimentação, de emprego, de renda; e de acesso à saúde integral e à educação.

Abolir a guerra às drogas é possibilitar políticas de cuidado que sejam efetivas e possibilitem o exercício da cidadania, autonomia e corresponsabilidade dos usuários da substância, por meio da prática da RD. Desse modo, a aposta é que garantir direitos e possibilitar acesso aos serviços de saúde é capilarizar a democracia nos territórios nos quais a vida se dá e nos quais em tantas vezes a vida se esvai.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

Editora associada

Simone Mainieri Paulon

Submetido em

10/07/20

Aprovado em

27/01/21

Referências

1. Arouca AS. Democracia é saúde. In: Anais da 8a Conferência Nacional De Saúde; 1986; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. p. 35-42.
2. Brown W. Nas ruínas do neoliberalismo. São Paulo: Editora Filosófica Politeia; 2019.
3. Casara R. Estado pós-democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2017.
4. Boiteux L. Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva. Rev Sur. 2015; 12(21):1-6.
5. Fiori M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Estud. 2012; 92:9-21.
6. D'elia OZ. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan; 2007.
7. Rodrigues RC. O estado penal e a sociedade de controle: o programa delegacia legal como dispositivo de análise. Rio de Janeiro: Ed. Revam; 2009.
8. Borges J. O que é: encarceramento em massa? Belo Horizonte: Letramento, Justificando; 2018.



9. Brasil. Departamento Penitenciário Nacional [Internet]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2020 [citado 24 Jun 2020]. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN>
10. Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Pólen; 2019.
11. Boiateux L. Encarceramento feminino e seletividade penal [Internet]. Rede Justiça Criminal; 2017 [citado 17 Set 2017]. Disponível em: <http://redejusticacriminal.org/pt/portfolio/encarceramento-feminino-e-seletividade-penal>
12. Cerqueira D. Atlas da violência 2017. Rio de Janeiro: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2017.
13. Batista VM. Adesão subjetiva à barbárie. In: Batista VM, organizador. Loic Wacquant e a questão penal no capitalismo neoliberal. Rio de Janeiro: Revan; 2012.
14. Batista N. Política criminal com derramamento de sangue. Rev Discursos Sediciosos: crime, direito soc. 1998; 5-6:84.
15. Nascimento A. O genocídio do negro brasileiro. São Paulo: Perspectiva; 2017.
16. Flauzina ALP. Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. Rio de Janeiro: Contraponto; 2008.
17. Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen; 2019.
18. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
19. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2006.
20. Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
21. Guattari F. Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional. Aparecida: Ideias e Letras; 2004.
22. Laval C, Dardot P. La pesadilla que no acaba nunca: el neoliberalismo contra la democracia. Barcelona: Editorial Gedisa; 2017.
23. Oliveira F. A era da indeterminação. São Paulo: Boitempo; 2007.
24. Klein N. A doutrina do choque. A ascensão do capitalismo de desastre. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
25. Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG; 2004.
26. Ranciere J. O ódio à democracia. São Paulo: Boitempo; 2014.
27. Agamben G. O estado de exceção. São Paulo: Boitempo; 2004.
28. Mbembe A. Políticas da inimizade. Lisboa: Antígona; 2017.
29. Macerata I, Dias R, Passos E. Paradigma de guerra às drogas, políticas de ordem e experiências de cuidado na cidade dos mega-eventos. In: Batista V, Lopes L, organizadores. Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o “crack”. Rio de Janeiro: Revan; 2014.
30. Vargas EV. Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas” [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.
31. Foucault M. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
32. Rolnik R. Megaeventos: direito à moradia em cidades a venda. In: Eannings A. Brasil em jogo: o que fica da copa e das olimpíadas? São Paulo: Boitempo; 2014.



33. Rolnik R. Megaeventos: direito à moradia em cidades a venda. In: Eannings A. Brasil em jogo: o que fica da copa e das olimpíadas? São Paulo: Boitempo; 2014.
34. Sanchez F, Novais P. A copa do mundo e as cidades. Niterói: UFF; 2014.
35. Jeannings A. Brasil em jogo: o que fica da copa e das Olimpíadas? São Paulo: Boitempo; 2014.
36. Faulhaber L, Azevedo L. SMH 2016: remoções no Rio de Janeiro Olímpico. Rio de Janeiro: Mórula Editorial; 2015.
37. Nacif CL, Faulhaber L. Desapropriações e remoções para tornar o Rio de Janeiro “competitivo”. In: Sánchez F, Novais P, organizadores. A copa do mundo e as cidades. Niterói: UFF; 2014.
38. Maricato E. Apresentação. In: Sánchez F, Novais P, organizadores. A copa do mundo e as cidades. Niterói: UFF; 2014.
39. Rolnik R. Guerra dos lugares. São Paulo: Boitempo; 2015.
40. Agamben G. Metropolis. Rev Sopro [Internet]. 2010 [citado 14 Ago 2018]; (26):1-4. Disponível em: <http://culturaebarbarie.org/sopro/n26.pdf>
41. Glass R. London: aspects of change. Londres: Centre for Urban Studies/MacGibbon e Kee; 1964.
42. Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015.
43. Bastos F, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Lis/Icict/Fiocruz; 2014.
44. Garcia L. Prefácio. In: Souza J, organizador. Crack e exclusão social. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas; 2016.
45. Passos E, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas. *Psicol Soc.* 2011; 23(1):154-62.



This article articulates democracy, health and health care among vulnerable groups. We use state actions in drug use settings in São Paulo and Rio de Janeiro carried out in conjunction with interventions to evict drug users living in districts that have become commercial areas to analyze democracy in Brazil; typical interventions associated with neoliberalism and its legal counterpart, the State of Permanent exception. We understand that government policies based on abstinence and internment of drug addicts are in tune with the so-called war on drugs. We highlight that the approach to the use of psychoactive substances embodied in harm *reduction* strategies has the potential to increase the capillarity of the guiding principles of the Brazilian National Health System (SUS), Mental Health Reform and, therefore, democracy in socially vulnerable areas.

Keywords: Health. Public policy. Democracy. Drugs.

Proponemos articular democracia, producción de salud y cuidado con grupos en situación de vulnerabilidad. Como analizadores utilizamos acciones estatales en escenas de uso de drogas ilícitas en São Paulo y Río de Janeiro, juntamente con intervenciones estratégicas sobre regiones convertidas en negocios y grupos que habitan tales regiones y que por eso tienen que ser retirados. Intervenciones propias del neoliberalismo y su correlación jurídica, el Estado de Excepción Permanente. Entendemos que políticas de gobierno que rigen sus acciones por la abstinencia e internación de los usuarios clasificados como dependientes químicos están en sinergia con la denominada guerra a las drogas. Nuestro objetivo es señalar que la atención al uso de sustancias psicoactivas conforme determinado por la estrategia de la reducción de daños tiene potencial para capilarizar las directrices del Sistema Brasileño de Salud (SUS), de la Reforma Psiquiátrica Brasileña y, de ese modo, del alcance democrático en los territorios de mayor vulnerabilidad social.

Palabras clave: Salud. Política pública. Democracia. Drogas.