

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

Otávio Ravagnani Franco de Almeida

**Governar os Desgovernados: disputas pela construção de verdade sobre
usuários de drogas nos discursos de profissionais da justiça**

SÃO CARLOS – SP

2025

**Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Departamento de Sociologia
Programa de Pós-Graduação em Sociologia**

Otávio Ravagnani Franco de Almeida

**Governar os Desgovernados: disputas pela construção de verdade sobre
usuários de drogas nos discursos de profissionais da justiça**

Dissertação apresentada ao Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Profa. Dra. Jacqueline Sinhoretto

SÃO CARLOS

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Sociologia

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Otávio Ravagnani Franco de Almeida, realizada em 25/02/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Jacqueline Sinhoretto (UFSCar)

Profa. Dra. Maria da Gloria Bonelli (UFSCar)

Prof. Dr. José Luiz de Amorim Ratton Júnior (UFPE)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia.

E eu fico aqui pregando a paz
E a cada maço de cigarro fumado a morte faz
um jaz entre nós
Cá pra nós, e se um de nós morrer
Pra vocês é uma beleza
Desigualdade faz tristeza
Na montanha dos sete abutres alguém enfeita
sua mesa
Um governo que quer acabar com o crack
Mas não tem moral pra vetar comercial de
cerveja
Alô, Foucault, cê quer saber o que é loucura?

(Criolo, Duas de Cinco)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela bolsa concedida, processo nº 2023/14410-8. Assim como à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Essa pesquisa, e minha permanência no mestrado, só foi possível graças a essas duas instituições. Agradeço também ao Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (INCT-InEAC), pelo auxílio e financiamento de viagens a congressos nacionais e internacionais.

Agradeço a Universidade Federal de São Carlos, que há anos tem possibilitado minha formação e desenvolvimento acadêmico, profissional e humano. Agradeço, portanto, a todos os servidores, professores e alunos que, direta ou indiretamente, contribuíram para minha formação ao longo desses dois anos. O mesmo se estende ao Programa de Pós Graduação em Sociologia, aos professores, servidores e colegas de turma.

Sou profundamente grato à minha orientadora, Profa. Jacqueline Sinhoretto, por sua amizade, inspiração e imensuráveis contribuições a estes trabalhos e a minha formação. Sua orientação, debates, correções, críticas e sugestões foram fundamentais em todas as estampas do mestrado. Agradeço também a todos os meus amigos e colegas integrantes do Grupo de Estudos Sobre Violência e Administração de Conflitos (GEVAC): pelas contribuições diretas e indiretas a esse trabalho por meio de conversas, discussões, leituras de trabalhos, enfim, por toda a construção coletiva de conhecimento feita em um ambiente colaborativo que nos permite escapar da devastadora lógica competitiva. Por mais que todos tenham sido fundamentais em diversas etapas de meu mestrado e realização da pesquisa, faço um agradecimento nominal e especial a André Sales Cedro, pelas cervejas, leituras, correções, sugestões e críticas que ajudaram este trabalho a ser tornar o que é. Sou grato, também, a todos os pesquisadores que integram o Projeto Temático em que essa pesquisa se insere.

Agradeço a Profa. Maria da Glória Bonelli e ao Prof. José Luiz Ratton pelas contribuições dadas na banca de qualificação. Suas sugestões e críticas foram fundamentais para a construção analítica e estruturação desta dissertação.

Agradeço ao amigo e parceiro Felipe Alcantara Tomé, por ter desenvolvido o código em *Julia* que possibilitou a realização deste estudo. Para além disso, o agradecimento pela paciência e pelo tempo cedido em diversas reuniões, discussões e auxílios.

Sou grato aos Defensores e à pesquisadora que, gentilmente, cederam seu tempo para a realização de entrevistas. O diálogo com esses profissionais foi de extrema importância, tanto para a composição do material de pesquisa, quanto para a compreensão do campo e dos

fenômenos estudados. Agradeço, também, ao desembargador Leonel Costa pelo encaminhamento dos acórdãos que se somaram ao material estudado.

Agradeço a Isabela Anacleto, minha amada e companheira, por ter sido meu chão e meu céu ao longo desses anos. Ela foi capaz de me suportar quando nem eu me suportei, trazendo alegria e leveza nos momentos mais sombrios desse percurso. Aos meus pais, Cyntia Helena e Raul Otávio, por nunca deixarem de acreditar e cuidar de mim, pelo amor, carinho e suporte incondicionais. Sem eles, nada disso seria possível. À minha irmã, Raphaela, por sempre irradiar luz e alegria, sendo minha parceira e estando ao meu lado sempre que preciso. E, também, pela ajuda na construção do Índice de Siglas e Abreviaturas desse trabalho. Ao Bonde, meu cunhado, por cuidar tão bem do meu monstrinho. Agradeço aos meus avós Silvia, Ana e Cyneu (*in memoria*) por sempre me apoiarem e se orgulharem de mim, mesmo sem entender ao certo o que eu faço.

Agradeço aos meus companheiros, Guto Neves, Matheus Rocco, Leone Alexandre, João Zopolato, Augusto Nanzer, Yan Borges, Julio Almeida, João Rafael Guimarães, Luca Ferraz, Ugieri Milani e demais moradores e ex-moradores, da República Canta Grillo, por todos os momentos fundamentais à manutenção da minha sanidade. O mesmo se estende à minha rede de amigos e apoio, que estiveram ao meu lado e foram um necessário ponto de fuga: David Beraldo, Lucas Barreto, João Vitor Santos, Matheus Martins, Otávio Timóteo, Kenzo, Guilherme Lima, Gustavo Prado, Luiza Trindade, Lucas Galhardo, Ana Clara Bernardo, Bruna Dester (*in memoria*) e Brian Alvez.

Ao gato Edgar e à gata Filomena.

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é compreender a construção da verdade sobre usuários de drogas por meio dos discursos de profissionais ligados ao campo jurídico. Para tanto, foi realizada pesquisa documental com acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre internação compulsória e do acórdão do Supremo Tribunal Federal a respeito do julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, sobre a descriminalização da conduta de consumo pessoal de maconha. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com Defensores Públicos de São Paulo, além de pesquisa bibliográfica. Constatou-se que os agentes inseridos no campo jurídico protagonizam um “cabo de guerra” entre posições que valorizam a “autonomia dos sujeitos” e aquelas que defendem uma “tutela do sujeito”. Nesse sentido, com o fito de fazerem valer seus posicionamentos, esses agentes lançam mão de uma série de estratégias, que se relacionam com sua posição no campo, disputas de poder, possibilidades de ação e com o momento e situação da/em disputa. Parece imperar uma noção de que certas drogas, especialmente o crack, levam à uma “perda de si” em função do consumo de substâncias, o que justificaria a tutela desses indivíduos e sua submissão ao jugo institucional. Assim, formas de tratamento capitaneadas por médicos-psiquiatras e pautadas no isolamento emergem como “última possibilidade” de resgatar o “si mesmo perdido”. Nessa matéria há o borramento de fronteiras profissionais entre o saber-poder jurídico e o médico psiquiátrico: ao passo que os primeiros precisam validar suas decisões na *expertise* dos segundos, podem também ordenar que elaborem laudos que atestem suas decisões. Enquanto as estratégias mobilizadas pelos que defendem a “autonomia dos sujeitos” busca “revelar o que está oculto” nas legislações, normas e jogos jurídicos; as dos que buscam a “tutela dos sujeitos” enfocam nas substâncias e seu potencial deletério, estruturando seu discurso em termos de “defesa social”, especialmente pela face da “defesa da família”.

Palavras-Chave: Drogas; Controle social; Discursos; Profissões da Justiça; Poder psiquiátrico

Abstract

The objective of this research is to understand the construction of truth about drug users through the discourses of professionals linked to the legal field. To this end, a documentary analysis was conducted on rulings from the São Paulo Court of Justice regarding compulsory hospitalization and the ruling of the Federal Supreme Court on the judgment of Extraordinary Appeal No. 635.659, which concerns the decriminalization of personal marijuana consumption. Semi-structured interviews were also conducted with Public Defenders from São Paulo, along with bibliographic research. It was found that legal field agents engage in a “tug of war” between positions that value “individual autonomy” and those that advocate for “subject guardianship.” In this sense, in order to validate their positions, these agents employ a range of strategies related to their position in the field, power disputes, action possibilities, and the timing and context of the dispute. A prevailing notion seems to suggest that certain drugs, especially crack cocaine, lead to a “loss of self” due to substance use, justifying the guardianship of these individuals and their submission to institutional control. Thus, treatment approaches led by psychiatrists and based on isolation emerge as the “last resort” to recover the “lost self.” In this matter, professional boundaries between legal and psychiatric knowledge-power become blurred: while the former must validate their decisions through the expertise of the latter, they can also order the production of reports that support their

decisions. The strategies employed by those advocating for “individual autonomy” seek to “reveal what is hidden” in laws, regulations, and legal mechanisms, whereas those in favor of “subject guardianship” focus on substances and their harmful potential, structuring their discourse in terms of “social defense,” particularly through the lens of “family protection.”

Keywords: Drugs; Social control; Discourses; Legal professions; Psychiatric power.

Resumen

El objetivo de esta investigación es comprender la construcción de la verdad sobre los usuarios de drogas a través de los discursos de profesionales vinculados al ámbito jurídico. Para ello, se realizó un análisis documental con sentencias del Tribunal de Justicia de São Paulo sobre la internación compulsoria y con la sentencia del Supremo Tribunal Federal sobre el juicio del Recurso Extraordinario N° 635.659, que trata sobre la despenalización de la conducta de consumo personal de marihuana. También se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con Defensores Públicos de São Paulo, además de una investigación bibliográfica. Se constató que los agentes insertos en el campo jurídico protagonizan un “tira y afloja” entre posiciones que valoran la “autonomía de los sujetos” y aquellas que defienden una “tutela del sujeto”. En este sentido, con el objetivo de hacer valer sus posturas, estos agentes emplean una serie de estrategias relacionadas con su posición en el campo, disputas de poder, posibilidades de acción y con el momento y contexto de la disputa. Parece prevalecer la noción de que ciertas drogas, especialmente el crack, conducen a una “pérdida de sí mismo” debido al consumo de sustancias, lo que justificaría la tutela de estos individuos y su sometimiento al control institucional. Así, los enfoques de tratamiento liderados por médicos psiquiatras y basados en el aislamiento emergen como la “última posibilidad” de rescatar el “yo perdido”. En este tema, se difuminan las fronteras profesionales entre el saber-poder jurídico y el médico-psiquiátrico: mientras los primeros necesitan validar sus decisiones a través de la pericia de los segundos, también pueden ordenar la elaboración de informes que respalden sus decisiones. Mientras que las estrategias empleadas por quienes defienden la “autonomía de los sujetos” buscan “revelar lo que está oculto” en las legislaciones, normas y mecanismos jurídicos, aquellas utilizadas por quienes abogan por la “tutela de los sujetos” se enfocan en las sustancias y su potencial dañino, estructurando su discurso en términos de “defensa social”, especialmente desde la perspectiva de la “defensa de la familia”.

Palabras clave: Drogas; Control social; Discursos; Profesiones de la justicia; Poder psiquiátrico.

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial especializado em Álcool e Drogas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CIA – *Central Intelligence Agency*
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNFE – Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CT – Comunidades Terapêuticas
DPESP – Defensores Públicos do Estado de São Paulo
EUA – Estados Unidos da América
ECT – Eletroconvulsoterapia
FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
IC – Internação Compulsória
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LD – Lei de Drogas
LRP – Lei da Reforma Psiquiátrica
MIT – *Massachusetts Institute of Technology*
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NA – Narcóticos Anônimos
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
ONU – Organização das Nações Unidas
PANAD – Programa de Ação Nacional Antidrogas
PIBIC – Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica
PND – Política Nacional sobre Drogas
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
RE – Recurso Extraordinário
RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira
STF – Supremo Tribunal Federal
SRTE – Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJCS – Supremo Tribunal de Justiça de Santa Catarina
TJSP – Supremo Tribunal de Justiça de São Paulo
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Índice de Tabelas

Tabela 1: Termos do bloco “Exploratória de Internação”	85
Tabela 2: Termos do bloco “Família”	85
Tabela 3: Termos do bloco “Saber psiquiátrico”	86
Tabela 4: Termos do bloco “Autonomia e Liberdade”	86
Tabela 5: Termos do bloco “Tipo Institucional”	86
Tabela 6: Termos do bloco “Atributos negativantes do sujeito”	86
Tabela 7: Termos do bloco “Legislações”	87
Tabela 8: Informações sobre os Defensores Públicos entrevistados.....	167
Tabela 9: Resumo dos votos dos Ministros do STF no julgamento do RE 635.659.....	172
Tabela 10: Alternativas à criminalização e critérios de distinção adotados internacionalmente.....	185

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Incidência dos blocos classificadores ao longo dos anos.....	90
Gráfico 2: Incidência dos termos dentro do bloco classificador “Legislação” ao longo dos anos.....	91
Gráfico 3: Incidência dos termos dentro do bloco classificador “Tipo Institucional” ao longo dos anos. 92	
Gráfico 4: Primeira ajuda procurada para o tratamento de uso de drogas.....	146

Índice de Imagens

Figura 1:.....	93
----------------	----

Sumário

Introdução.....	1
Metodologia.....	7
Seção 1.....	16
1. Tragam os especialistas: psiquiatria e a governamentalidade liberal.....	16
Seção 2.....	28
2.1. O império e a guerra: a influência dos EUA na política de drogas global e a questão neoliberal.....	28
2.1.1. Cuidar do corpo, purificar o espírito: os tratamentos estadunidenses para usuários de álcool e outras drogas.....	40
2.2. Há quem sambe diferente em outras terras? A questão de drogas no Brasil.....	47
2.2.1. O Médico e os Monstros: formas de atenção à usuários de álcool e outras drogas no Brasil.....	62
Seção 3.....	74
3.1. Saúde, Justiça e controle social: os acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre Internação Compulsória.....	74
3.2. Prazer, Julia: construção metodológica e forma de análise dos resultados dos acórdãos de internação compulsória.....	76
3.3. Blocos classificadores e palavras-chave: ensaio de uma análise exploratória.....	82
Seção 4.....	89
4.1 - Controle, risco e autonomia na era da “liberdade”.....	91
4.2 - Sobre a noção de campo e estratégia.....	106
4.2.1. O campo.....	107
4.2.2. A estratégia.....	114
Seção 5.....	120
5.1 A Internação Compulsória entre o duro ofício de punir e o belo ofício de curar.....	120
5.2 Governar os desgovernados: risco e segurança na política de drogas.....	128
5.3 “Aprendeu o caminho... já era, a família pega gosto”: o usuário de drogas e a desordem das famílias.....	134
5.4 O “cabo de guerra” dos magistrados: disputas e estratégias.....	144
5.5 Conclusão.....	158
Seção 6.....	160
6.1 “Esse filme nós já vimos, e sabemos quem morre no final”: votos de provimento ao Recurso Extraordinário e o contexto de possibilidade brasileiro.....	169
6.2 “doença, sofrimento, lágrimas e tristeza”: os votos de não provimento ao recurso extraordinário.....	194
6.3 “Droga é ruim, nós a condenamos”: o “cabo de guerra” entre os ministros e conclusões.....	203
7 Considerações Finais.....	208
Referências.....	212

Anexo A- código transcrição arquivos PDF em TXT.....	222
Anexo B- código para a busca de termos.....	223
Anexo C -Tópico guia (entrevistas com defensores).....	225

Introdução

O uso de substâncias capazes de alterar os estados de consciência é um fato que atravessa a humanidade em toda sua história. Tentar rememorar o princípio das relações humanas com as drogas “nos levaria longe demais: se não à noite dos tempos, ao neolítico, pelo menos” (Vargas, 2008, p. 42). Antes do século XIX, a doença do vício não existia enquanto categoria médica. O consumo de álcool e outras drogas era visto como condenável em algumas circunstâncias e virtuoso em outras (Carneiro, 2002). Além disso, até 1900 todas as drogas conhecidas eram encontradas em farmácias e drogarias de todo o globo, tanto na Ásia, como na América e Europa (Escohotado, 1998).

Contemporaneamente, no entanto, a percepção em relação às drogas é contida em um paradigma proibicionista, que aciona cognitivamente questões de perigo social e individual, saúde e segurança pública, com discursividades de valoração predominantemente negativa a seu respeito, de seu uso, usuários e comerciantes. É impossível pensar a questão de drogas sem vislumbrar as diversas disputas narrativas, políticas, morais e ideológicas a seu respeito. De um lado, há os que veem as drogas como uma espécie de “raiz do mal” de nossa sociedade, responsável por adoecimentos, aumento da violência e criminalidade, ruína de famílias, comunidades e causadoras de inquantificável dor e sofrimento. E requerem, assim, a internação de usuários e a prisão ou eliminação de seus comerciantes. De outro, há aqueles que compreendem que a maior parte de todos esses males atribuídos às drogas é originado, justamente, das políticas proibicionistas e repressivas, que justificam a perseguição de certas populações, racializadas e periféricas, sob a prerrogativa de perseguição a essas substâncias. E, por sua vez, lutam pela reforma dessas políticas.

Nesse cenário, o objetivo central desta pesquisa é compreender a construção da verdade sobre os usuários de drogas por meio dos discursos de profissionais pertencentes ao campo jurídico. Estando inserido no contexto de um Projeto Temático¹, busca-se mapear os discursos produzidos por esses agentes, compreendendo-os enquanto imersos em um “cabo de guerra” entre posições que valorizam aspectos da “autonomia dos sujeitos” e aquelas que enfocam na “tutela dos sujeitos”. A primeira atrelada à valorização das liberdades de escolha dos indivíduos e a segunda orientada pela visão de que algumas pessoas são incapazes de gerir seus próprios direitos, devendo, assim, lhes ser imposto.

¹ Juristas e democracia: Lutas locais-globais pela reconfiguração de forças profissionais no âmbito da justiça e segurança pública”. Processo nº 2021/12714-4, FAPESP.

O campo jurídico é aqui compreendido como um espaço social de/em disputa, estruturado por relações de força onde se desenvolvem lutas (Bourdieu, 2004; 2007). Possui certa autonomia e uma capacidade de incorporar desenvolvimentos e mudanças, de modo que toda transformação no campo sinaliza para transformações correlatas na estrutura dos campos e das instituições sociais que lhe são contíguos (Garland, 2008). Os agentes inseridos no campo lançam mão de uma série de estratégias para se posicionar e fazer valer seus posicionamentos. Essas estratégias, por sua vez, se dão em dois níveis: i) ligado às noções foucaultianas de estratégia sem sujeito, que denominaremos estratégia histórica (Luiz, 2021), e se refere a como são dadas as regras do jogo dentro do qual os agentes operam; ii) referente às noções bourdieusianas, que se refere ao sentido do jogo, ou seja, como essas regras são mobilizadas e articuladas por esses agentes. Não se trata de uma aplicação exclusiva e exaustiva do conceito de campo jurídico em Bourdieu, mas de uma leitura híbrida, orientada pela leitura de David Garland, que procura enfatizar os processos de mudança e disputas no campo, mais do que de reprodução acrítica dos atores.

Somado a isso, compreendendo o dispositivo de drogas enquanto parte integrante de uma biopolítica que se estrutura sobre um governo das condutas (FOUCAULT, 1998; 2001; 2005; 2008a; 2008b), os discursos como manifestações e exercícios de poder (FOUCAULT, 1999), e a verdade enquanto algo construído e envolto em uma série de disputas e que é atravessada e atravessa uma série de relações de poder na forma de um jogo (FOUCAULT, 1998; 2002). Assim, a questão norteadora do presente estudo é: de que forma os discursos de agentes do campo jurídico sobre usuários de drogas disputam verdades e estruturam formas de governo da população em consonância ou conflito com outros saberes e especialistas?

A fim de responder essa questão, foi realizada análise documental de acórdãos sobre internação compulsória (IC) de usuários de drogas, de 2016 a 2024, extraídos do site do Tribunal de Justiça de São Paulo. A partir da busca por palavras-chave específicas, foram coletados mais de 5000 acórdãos, que foram tratados e filtrados, preliminarmente, com a ajuda de um programa desenvolvido na linguagem de programação *Julia*. Posteriormente, foi selecionada uma pequena amostra desses documentos para a realização de análise qualitativa.

Também foi feita análise dos votos dos Ministros do Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, referente à descriminalização da conduta de consumo pessoal de maconha. Bem como entrevistas com Defensores Públicos de São Paulo, cujas carreiras foram construídas a partir da atuação ligada à questão de drogas. Realizou-se, por fim, intensiva e extensiva pesquisa bibliográfica, com levantamento, leitura e análise de literatura especializada referente à questão de drogas e sua história no Brasil e

nos Estados Unidos da América, com o fito de mapear fluxos de ideias sobre uso e usuários de drogas a as formas de tratamento a eles imputadas no eixo EUA-Brasil.

No Brasil, o uso de drogas é tratado pela Lei nº 11.343/2006, a Lei de Drogas (LD), expressamente proibicionista, mas que objetiva o arrefecimento das tratativas com usuários, inserindo-os na esfera da saúde e abolindo a pena de prisão para delitos ligados ao consumo pessoal. A lei contém 75 artigos dos quais somente nove tratam da atenção, prevenção e reinserção social dos usuários, contrapondo 38 artigos que versam sobre as vias repressivas e condenatórias (Junior; Araujo, 2016). Com a LD há rejeição dos usuários de drogas pelo sistema de saúde, e aumento das prisões por tráfico de drogas (Campos, 2015). Assim, os usuários continuaram a ser criminalizados, mas agora enquadrados como traficantes. Por outro lado, a atenção recebida em serviços de saúde por vezes se traduz em internações involuntárias e compulsórias, operando como forma de isolamento desses indivíduos. Mas essa lei não prevê nenhum tipo de internação.

Desde 2001 está em vigor a Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica (LRP), que busca estruturar as políticas de saúde mental na país, ligando-se a lutas e conquistas democráticas, com ideias de liberdade e cidadania, com foco na autonomia e inserção comunitária dos usuários de serviços de saúde mental (Amarante, 1996; Amarante; Nunes, 2018). A LRP modifica as antigas políticas de saúde mental, chamadas manicomiais, violentas e pautadas no isolamento de indivíduos desviantes, enquanto garantiam lucro a segmentos empresariais e eram usadas como dispositivo de punição (Arbex, 2013; Sonim; Farias, 2014; Cerqueira, 1984; Cabral; Darosci, 2019). Estabelecendo que o tratamento se dará preferencialmente em meio aberto, pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e realizado nos diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a lei também versa sobre as modalidades de internação.

Como apresentam Barros e Serafim (2009), as três modalidades de internação previstas no Brasil são: voluntária, por solicitação expressa do paciente; involuntária, que é feita a pedido dos familiares ou responsáveis; e compulsória, determinada por ordem judicial expedida por um magistrado –desde que atrelada à uma expressa recomendação médica. Apesar de apresentada como medida extrema, as internações são constantes e cotidianas. E, ao contrário de hospitais-dia e hospitais gerais, como previsto, as internações em sua maioria ocorrem em hospitais psiquiátricos, clínicas privadas e até mesmo em Comunidades Terapêuticas (CT), mesmo vetadas de receber internações não-voluntárias por diversos dispositivos legais. Essas últimas são também instituições privadas, mas que incorporam a

religiosidade cristã e a exploração do trabalho ao “tratamento” (Ignatowski, 2019; Quintas; Tavares, 2020), além de marcadas por violações de direitos humanos².

Os argumentos jurídicos referentes a ICs são pautados por ideais constitucionais de garantia e acesso à saúde. Estudos que analisam processos de IC de Tribunais de Justiça estaduais (Queiroz; Assis; Martinhago, 2022) apontam o acionamento da LRP e do Artigo 192 da Constituição Federal (CF), que versa sobre a saúde enquanto direito de todos e obrigação do Estado, como efetivadores de interações.

Como destacam Ferreira, Ratton, Paes-Sousa (2023), e Queiroz, Assis e Martinhago (2022), a justificativa de pedido de IC pela família perpassa o acionamento de elementos de periculosidade, risco, e incapacidade do usuário de drogas, a partir da declaração de comportamentos violentos, realização de pequenos furtos e falta de auto e/ou hetero cuidado – este último especialmente no caso de mulheres. Há transposição de elementos morais e aspectos da justiça criminal para a esfera do cuidado. A articulação entre as diferentes esferas é explícita no caso da Justiça Terapêutica, plano instaurado em São Paulo objetivando “acabar com o problema da cracklândia”³, onde há transação penal e suspensão condicional de processos de usuários que cometeram pequenos delitos, caso se submetam a tratamento, traduzido em interação. A semiótica de isolamento é trocar a cadeia pela clínica.

A primeira seção desta dissertação busca discutir o papel do poder psiquiátrico no estabelecimento da governamentalidade liberal, uma vez que, contemporaneamente, o uso de drogas será considerado uma “doença mental” e subjugado pelo saber-poder psiquiátrico. Tendo em vista que o paradigma proibicionista tem início no século XX, estabelecendo-se globalmente a partir de uma série de convenções internacionais patrocinadas pelos Estados Unidos da América (EUA), a primeira parte da segunda seção visa compreender como a política antidrogas teve início neste país e suas influências na estruturação de uma política proibicionista global. Enfatizando o papel que a “virada neoliberal” exerceu na estruturação de uma política de “guerra às drogas”. Adiante, são apresentadas as formas de atenção estadunidenses desprendidas aos usuários de drogas, a fim de estabelecer uma comparação com o cenário brasileiro.

A segunda parte dessa seção tem como objetivo apresentar o desenvolvimento da política de drogas no Brasil. Além de apresentar as influências dos EUA e das Conferências

²Fonte: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/11/26/agressoes-tortura-e-ate-assassinato-os-crimes-por-tras-das-comunidades-terapeuticas-da-grande-sp.ghtml> e <https://www.intercept.com.br/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos/> Acesso:14/08/2024

³ Fonte: <https://www.uniad.org.br/noticias/politicas-publicas/como-funciona-a-justica-terapeutica-no-estado-de-sao-paulo/> Acesso: 15/08/2024

internacionais em sua estruturação, busca-se explorar as particularidades brasileiras que permitiram e estimularam, em nível nacional e internacional, a concretização e manutenção do projeto proibicionista. Logo em seguida, são apresentadas as formas brasileiras de atenção aos usuários de drogas, com foco particular no papel que a política de drogas exerceu na consolidação da psiquiatria no país, e também seu revés, demonstrando o movimento de retroalimentação entre as duas instâncias.

A terceira seção tem por objetivo apresentar e discutir o uso da linguagem *Julia*, seus limites e potencialidades para a pesquisa documental em ciências humanas. Assim, é apresentada de maneira detalhada a construção metodológica referente aos acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo. Também é realizado um ensaio de análise exploratória de dados tratados pelo programa.

Na quarta seção, por sua vez, serão apresentados e discutidos alguns conceitos centrais mobilizados na análise dos dados empíricos. Em um primeiro momento serão apresentadas as perspectivas de Nikolas Rose (2013; 2001) e Paul Preciado (2018) sobre a forma como as subjetividades se estabelecem contemporaneamente, em uma perspectiva que é alimentada pela relação das pessoas com a biologia, biotecnologia e, por consequência, com a medicina e as substâncias. É dada principal atenção às ideias de “controle”, “risco” e “autonomia” na contemporaneidade. Em segundo lugar, são discutidos e articulados os conceitos de “estratégia” e “campo”, presentes tanto na teoria de Foucault (1998; 2005; 2006; 2008a) como na de Bourdieu (2001; 2021), a fim de compreender as tomadas de posições dos agentes que se movem em espaços sociais estruturados pelas instituições e por relações de poder-saber e capitais profissionais.

A quinta seção é composta pela análise da amostra de acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre internação compulsória de usuários de drogas. No primeiro momento, são discutidas as relações que se estabelecem entre os profissionais do campo jurídico e do campo médico-psiquiátrico nos processos de internação compulsória. Em sequência, são apresentados e debatidos os principais argumentos mobilizados nos discursos de deferimento das medidas judiciais de internação, pautados nos ideais de risco e segurança. Parte-se, então, para um exame das questões que envolvem e orbitam os discursos sobre relações entre usuário de droga e família presentes nos acórdãos, haja vista que na maioria dos casos a medida é solicitada por um familiar. Por fim, é abordada de forma mais enfática a questão do “cabo de guerra” entre os magistrados, analisando as disputas internas e o modo como são escolhidas e executadas suas estratégias para fazer valer seus posicionamentos.

A sexta, e última, seção é composta pela análise dos votos dos Ministros do STF no julgamento do RE. 635.659, sobre a descriminalização da conduta de consumo pessoal de maconha, sendo composta, também, por trechos das entrevistas com Defensores de Justiça de São Paulo. Inicia-se fazendo uma breve exposição dos perfis dos entrevistados, aliado a um resumo dos votos de cada ministro e da tese de repercussão geral fixada. Após, são expostos e analisados os principais argumentos mobilizados pelos ministros que deram provimento ao recurso, declarando inconstitucionalidade do art.28 da LD; soma-se a isso uma discussão a respeito dos fatores – e mudanças – sociais que penetraram o campo e abriram espaço para a possibilidade de tomada de decisão nessa matéria. Em sequência, são apresentados os argumentos dos ministros que votaram pelo não provimento do recurso. Por fim, é trabalhado o “cabo de guerra” nesta instância, apresentando as disputas e convergências entre os diferentes posicionamentos dos Ministros, destacando as estratégias por eles mobilizadas.

Metodologia

A presente dissertação pautou sua realização na combinação de três principais procedimentos metodológicos: análise documental, pesquisa bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas.

Como destaca May (2004), a potencialidade do estudo dos documentos está no que deixam de fora, bem como no que contém, de modo que eles não apenas refletem, mas também constroem realidade social e a versão dos eventos. Especialmente por se tratar de decisões judiciais, que obrigam ou desobrigam o fazer, sentenciando, ou não, indivíduos ao isolamento, pretensão é de se extrair de tais discursos as representações acionadas pelos operadores a respeito daqueles sob seu julgo. Ou seja, a análise da construção da identidade de uma população por aqueles que exercem um poder direto sobre suas vidas.

Assim, foi buscado pelo termo “Internação Compulsória” na aba de “Jurisprudência” no *site* do TJSP⁴. O recorte temporal foi de 2016 a 2023. Assim, foram baixados 823 acórdãos de 2016; 893 de 2017; 857 de 2018; 880 de 2019; 648 de 2020; 609 de 2021; 556 de 2022; e 587 de 2023, totalizando um banco de dados de 5.853 decisões judiciais que foram descarregados manualmente do *site*. Foram incluídos todos os documentos que apareceram pela busca desse termo.

Para análise inicial dos documentos, foi utilizado um código desenvolvido por um pesquisador do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT)⁵ especificamente para esse propósito, na linguagem de programação chamada *Julia*⁶. A aplicação, desenvolvida em *Julia*, faz o *parsing* dos arquivos PDF, retirando caracteres ASCII que possam fugir do que é estabelecido pelo padrão supracitado, *e.g* espaços em branco e quebras de linha. Após isso o texto é transcrito em arquivos do tipo texto que, em sequência, são lidos por um analisador semântico literal, *i.e*, são comparados *token a token* até que um termo de interesse seja encontrado. Em outras palavras, foram elaborados, a partir da leitura exaustiva de acórdãos aleatórios, uma série de termos, ou palavras-chave, divididos em blocos classificadores. O programa transcreve os acórdãos, originalmente em formato PDF, para o formato TXT; e, em seguida, busca nos acórdãos os termos pré-selecionados, separando-os em pastas de nome igual ao termo. Assim, por exemplo, era aplicado o termo “internação compulsória”, e o

⁴ Disponível em: <https://esaj.tjsp.jus.br/cjsg/resultadoCompleta.do>

⁵ Trata-se de Felipe Alcântara Tomé. Lattes: http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?jsessionid=92D55062B08FCFFC3160753AF4D30828.buscatextual_0

⁶ Disponível em: <https://julialang.org/>

programa listava todos os acórdãos que continham tais termos, criando cópias em uma nova pasta intitulada, também “internação compulsória”.

Por sua vez, os termos definidos para análise e categorização das sentenças, aproximam-se dos achados de Ferreira, Ratton e Paes-Sousa (2023), que analisam processos judiciais de internação compulsória de usuários de drogas de Belo Horizonte, assim como na pesquisa de Queiroz, Assis e Martinhago (2022), que realizaram um estudo semelhante, analisando decisões do Tribunal de Justiça de Santa Catarina (TJSC).

O código usado na transcrição dos acórdãos pode ser acessado no Anexo A, já o código para a busca dos termos está no Anexo B. Apesar do recorte temporal e coleta de dados serem referentes aos anos de 2016 a 2023, a amostra de acórdãos selecionados para análise qualitativa vai de 2016 a 2021, incluindo também documentos de 2024. Por se tratar de uma metodologia inovadora aplicada às Ciências Sociais, o percurso de desenvolvimento metodológico se pautou em uma série de erros e acertos. Devido a um problema que não soubemos solucionar, o código não foi capaz de transcrever – e por consequência filtrar – os acórdãos dos anos de 2022 e 2023.

Após o mapeamento dos acórdãos que continham os termos de interesse pelo programa, essas informações foram passadas para o site/app *LookerStudio*, de uso livre da plataforma *Google*. A partir disso, foram gerados gráficos de incidências dos termos, possibilitando uma análise exploratória dos acórdãos sobre IC em geral. Posteriormente, foram selecionados 19 acórdãos, que versam, em sua maioria esmagadora, sobre processos de IC de usuários de drogas, com vários deles contendo votos divergentes, o que permitiu a análise das disputas entre os magistrados nessa questão. Soma-se a análise qualitativa dois documentos, referentes a 2024, cedidos por um magistrado. Maiores detalhes sobre os termos, blocos classificadores e o percurso de decisões metodológicas estão descritos na seção 3.

No que refere à análise do julgamento do RE. 635.659 pelo STF, a metodologia empregada foi a seguinte: assisti a todas as sessões da votação ao vivo, a partir do voto do Ministro Alexandre de Moraes, tomando notas e assinalando as principais categorias discursivas acionadas pelos Ministros. Categorias como “questão de saúde pública”, “questão de segurança pública”, “perigo das drogas”, “dano social”, “demarcação do campo”, “legitimidade da ação jurídica”, entre outras, foram as orientadoras da análise preliminar. Com a divulgação do acórdão do julgamento, os votos foram mais bem categorizados, iniciando pelos votos que deram provimento ao recurso, depois os que negaram provimento

e, por fim, comparando os dois “blocos” a fim de apreender quais as consonâncias e dissonâncias entre eles.

No que se refere às entrevistas semi-estruturadas, são necessários alguns apontamentos. Todas as entrevistas foram realizadas de forma online, tendo como base as questões o tópico guia – anexo C. Foram realizadas quatro entrevistas no total: três delas com Defensores Públicos de São Paulo cujas carreiras foram construídas a partir de atuação ligada à questão de drogas e uma delas com uma pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), que participou da pesquisa realizada pelo instituto sobre Comunidades Terapêuticas.

A entrevista com a pesquisadora do IPEA não foi utilizada para o apoio da pesquisa documental. Ela serviu mais como uma entrevista exploratória, a fim de mapear algumas questões do campo e acessar outros interlocutores. Entretanto, vale ressaltar a extrema importância que teve na construção deste trabalho. No que se refere às entrevistas com Defensores, houve um grave problema durante a execução da pesquisa: uma das entrevistas foi perdida, significando um prejuízo inestimável para esse estudo. O fato ocorreu devido a uma problemática técnica: a entrevista foi realizada pela plataforma *Microsoft Teams*, que é institucionalmente usada pela defensoria. Na época, cheguei a assinar um dos planos da plataforma, que permitiam a transcrição das chamadas de vídeo. A entrevista foi preliminarmente categorizada dentro da própria plataforma. Pela necessidade de armazenamento de um grande volume de dados – acórdãos do TJSP – optou-se por manter os arquivos de entrevista na “nuvem” até que se findasse o processo, para que fosse evitado, justamente, a possível perda de arquivos, visto que meu computador detinha pouca capacidade para executar a tarefa. No momento dedicado ao trabalho com as entrevistas, foi possível recuperar três delas: a da pesquisadora do IPEA e de dois Defensores, que estavam armazenadas na “nuvem” da plataforma *Google*. A terceira entrevista, salva na “nuvem” da plataforma *Microsoft*, havia desaparecido, assim como todos os registros de ação na minha conta da plataforma: minha assinatura havia expirado.

Assim, foram utilizadas na composição deste trabalho as duas outras entrevistas com Defensores. Essas foram transcritas através do site/software *transkriptor*⁷ de uso pago, e depois lidas e categorizadas manualmente.

Para a execução deste estudo pretendia-se, inicialmente, realizar pesquisa *in loco* em instituições de saúde mental, realizando entrevistas com seus trabalhadores. Essa questão,

⁷ Disponível em: <https://transkriptor.com/pt-br/> Acesso em: 05/09/2023

entretanto, foi impossibilitada por uma série de fatores. Gostaria de me deter brevemente nesse ponto.

As instituições de saúde mental requerem, para que a pesquisa possa ser realizada, um parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O CEP, por sua vez, requer que haja um Termo de Anuência institucional para que avalie o projeto. Assim, foi necessário entrar em contato com as instituições antes de poder submeter o projeto à avaliação do Comitê. Pretendia-se realizar a pesquisa em um hospital psiquiátrico, uma comunidade terapêutica e um Centro de Atenção Psicossocial especializado em Álcool e Drogas (CAPS AD).

No hospital, a questão foi resolvida de forma simples, pois a rede de contatos do pesquisador abarca a equipe dirigente do hospital, onde foi realizada minha Iniciação Científica. Entrando em contato com a administração, foi encaminhado o projeto que foi rapidamente analisado e, assim, emitiram o termo de anuência institucional. No que se refere à Comunidade Terapêutica e ao CAPS AD, a situação se complicou.

A Comunidade Terapêutica onde se pretendia realizar a pesquisa é uma grande instituição localizada em uma cidade de grande porte do interior paulista. Uma pessoa formada em psicologia, da minha rede de contatos, havia realizado estágio lá, e me apresentou aos trabalhadores da instituição. Eu cheguei a realizar uma visita ao espaço, conversando com trabalhadores e explicando minha pesquisa. Disseram que não haveria grandes problemas para a realização, mas que seria necessário encaminhar o projeto à Administração. Após lerem meu projeto, um profissional da instituição, professor universitário de psicologia, entrou em contato para marcarmos uma conversa. Em nossa reunião, meu projeto foi fortemente questionado.

O funcionário afirmou que não interessava a eles o debate sobre “internações *versus* redução de danos” – o que não era uma das questões de meu projeto –, pois isso era uma questão muito antiga que “não leva a lugar nenhum”. Além disso, afirmou ter dificuldades em entender quais benefícios a minha pesquisa traria para a instituição. Disse que muitas pessoas buscam o espaço para a realização de pesquisas, e que eles selecionam, via de regra, aquelas que trazem retornos práticos para a CT, citando como exemplo o estudo de uma estudante de psicologia. Afirmei que não era a pretensão do meu estudo beneficiar nenhuma instituição de forma direta, e ele me disse que, nesse caso, precisamos marcar uma reunião conjunta com a Administração, o que nunca ocorreu. Foi impossibilitada, portanto, a realização da pesquisa nesse espaço.

No que se refere ao CAPS AD, a realização da pesquisa também encontrou alguns entraves. Através de alguns professores do departamento de Terapia Ocupacional de minha

universidade, consegui o contato de trabalhadores da instituição, e os procurei para falar sobre minha pesquisa e a possibilidade de realizá-la naquele espaço. Foram extremamente receptivos, mas disseram que a pesquisa só poderia ocorrer com a aprovação do CEP, e que não poderiam emitir o termo de anuência até que o Comitê autorizasse. Mas lembro: o Comitê somente avalia a pesquisa se for vinculado ao processo o termo de anuência. Me sugeriram, então, entrar em contato com a Secretaria de Saúde, solicitando o termo de anuência.

Após semanas tentando contato por telefones e emails disponíveis na internet, e sem obter respostas, fui pessoalmente à Secretaria solicitar a autorização, levando, inclusive, uma cópia física de meu projeto. Os funcionários responsáveis por fazer esse tipo de avaliação destacaram que o grande montante de tarefas prejudicou o contato. Uma funcionária então me passou seu email pessoal e solicitou que encaminhasse por lá o meu projeto. A resposta de autorização demorou quase oito meses.

Com o termo de anuência em mãos, dei entrada no processo na Plataforma Brasil, onde são feitas as requisições ao CEP. É necessário acompanhar todo o processo por meio dessa plataforma, o Comitê não emite nenhuma notificação quanto ao andamento por outras vias. Constatou uma pendência documental, mas eu demorei a entrar na plataforma e o prazo de adequação foi perdido, sendo necessário reiniciar toda a submissão, com um novo nome de projeto/processo. Meses após a nova submissão, no começo desse ano, quando me programava para realizar as entrevistas, o Comitê negou a autorização solicitando ajustes em documentos. Fato esse que impossibilitou a realização da pesquisa, nesse momento, nas instituições. Os ajustes serão realizados e pretende-se efetuar as entrevistas com esses profissionais mesmo após o término do mestrado, publicando posteriores artigos que possam compor, junto dessa dissertação, o quadro analítico inicialmente proposto.

Vale-se ressaltar que essa não é a primeira vez que o CEP configura um impasse para a realização de uma pesquisa minha. As questões de ética em pesquisa levantam sempre debates. Dentre eles, gostaria de me deter no que se refere à pertinência e limites que se impõem no que se refere ao CEP. Cada vez mais é cobrada a submissão de projetos aos comitês, por parte de universidades, revistas e instituições, ao passo que, em contraponto, os comitês ainda se apresentam como defasados no que se refere às Ciências Humanas. Para essa discussão, trarei minha experiência anterior com o CEP, durante a IC, que se repetiram, agora, no mestrado.

Em meados de 2021 fui contemplado com uma bolsa PIBIC para a execução de minha pesquisa de IC. No documento de aceite da bolsa havia uma informação inusitada: toda a

pesquisa realizada com seres humanos necessitava da aprovação pelo CEP. Importante frisar que o edital do PIBIC, assim como o termo de aceite, engloba todas as áreas do conhecimento, de modo que “pesquisas com seres humanos” envolvem desde as pesquisas, como a minha, em que foram realizadas entrevistas com outras pessoas, até as da área de saúde cujo envolvimento de humanos pode se referir a testagem de fármacos e novos métodos de tratamento dos mais diversos. Já nesse ponto é possível observar uma disparidade de riscos aos participantes entre as pesquisas. Mas, a questão que talvez mais cause perplexidade é que ao acessar a Plataforma Brasil, *site* em que se realiza a submissão de projetos ao CEP, a maior parte do formulário é voltada a pesquisas da área da saúde, de modo que é necessária uma adequação e, por vezes, o encaixe forçoso de certos pontos da pesquisa às questões do formulário.

No parecer recebido pelo CEP referente a presente pesquisa consta:

Pendência 3: Ausência de itens obrigatórios no processo e registro do assentimento livre e esclarecido (TCLE)

O Ofício Circular nº 11/2023/CONEP/SECNS/DGIP/SE/MS orienta que “na elaboração do termo ou registro de assentimento deve-se adotar linguagem simples e compreensível para o nível de entendimento do participante de pesquisa, sem constituir-se em uma reprodução de informações redigidas no termo/ registro de consentimento livre e esclarecido destinado àqueles que exercem a parentalidade (pai ou mãe) ou tutela (representante legal). Além disso, recomenda que os seguintes itens devem constar: introdução; objetivos; voluntariedade de participação; **informação sobre o produto investigacional (caso a pesquisa envolva fármacos ou imunobiológicos)**; procedimentos; riscos; **desconfortos**; **benefícios**; não indução à participação; **direito ao ressarcimento**; confidencialidade; divulgação dos resultados; direito de recusa ou retirada do assentimento; dados de contato com o/a pesquisador(a); dados de contato com o CEP e dados de contato com a Conep (quando aplicável)”. Solicita-se adequação em um dos TCLEs quanto aos dados de contato com o CEP. Verificar texto modelo no site do CEP-UFSCar. (*sic*, grifos meus)

Nessa disputa simbólica entre campos (Bourdieu, 2007), as ciências humanas, e em especial as sociais, parecem ter perdido, sendo submetidas a regras e normas que não contemplam suas especificidades e particularidades. Além disso, o próprio processo de adequação às recomendações do CEP é desanimador e extremamente moroso. Desde a primeira submissão até a aprovação da pesquisa pelo comitê passaram-se meses, tendo o projeto – de IC e de Mestrado – sido recusado devido a palavras “erradas” redigidas, ou por não constar no TCLE coisas como a responsabilidade do pesquisador de arcar com despesas ou indenizações caso o interlocutor se sentisse lesado. Ressalta-se ainda, que a pesquisa ficou estagnada por todo o período, uma vez que o comitê, enfaticamente, não avalia pesquisas já em andamento. No caso da IC, não fosse a concessão de bolsa por outra agência de financiamento, talvez a pesquisa jamais tivesse sido efetivamente executada. Situação semelhante foi vivida por Vieira (2010), que considera um equívoco as pesquisas de nossa

área serem submetidas a processos similares de investigações experimentais nos comitês de ética.

Friso que objetivo das críticas feitas ao CEP e suas sistemáticas não buscam invalidar sua importância, mas sim questionar a validade e utilidade da forma como atua hoje, levando inúmeros pesquisadores das ciências humanas e sociais a se distanciar dele, não submetendo suas pesquisas por considerarem um esforço vão. E é necessário que reconheçamos que tal medida traz, sim, prejuízos à discussão e padronização de procedimentos e preceitos éticos. No desgastante processo de adequação, contudo, aspectos importantes da realização e da ética em pesquisa foram apreendidos, como o conhecimento de legislações e resoluções que norteiam a execução ética em pesquisa – Lei nº 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados, e na Resolução CNS 510/2016 –, levando a reformulação metodológica. Por exemplo, a princípio pretendia analisar os prontuários dos internos, método que foi abandonado pela impossibilidade de acessar tais documentos dentro das exigências legais. O que corroborou o resguardo do pesquisador e dos participantes.

Como destaca Machado (2007), entretanto, é preciso considerar o fato que há interesses contrários à produção de conhecimento, sendo que uma pesquisa pode não implicar somente malefícios ou benefícios aos participantes, como também desencadear resultados conflitantes a interesses de instituições, que acabam tentando dificultar ou interditar sua realização. Assim, é possível observar uma espécie de “fechamento institucional”, que engrena uma relação de poder estratificada em diversas instâncias: desde a estrutura jurídica que a regulamenta; o processo de saída da universidade representado pelo CEP; terminando nas próprias instituições, que articulam o campo jurídico e o poder-saber encarnado pela psiquiatria como garantia de proteção à si próprias.

Mesmo com a aprovação do projeto pelo CEP, isso não serviu como garantia de possibilidade da execução da pesquisa, que teve a realização de entrevistas com internos, especialmente os que lá estavam devido a Ordens Judiciais – internações compulsórias –, vetada pelo hospital, devido a problemática de assinatura do TCLE, que se traduziria pelo potencial risco de processos contra a instituição caso assinada pelos internos ou seus familiares, não somente a “proteção” ética de internos. Após muita negociação e, principalmente, devido à proximidade do pesquisador com membros da equipe administrativa, no entanto, foram liberadas as realizações de conversas informais com os internos, desde que dispensasse a assinatura.

As conversas foram realizadas somente depois de explicitar ao interlocutor que se tratava de uma pesquisa, explicando-a e apresentando, apenas oralmente, as informações constantes no TCLE, como a possibilidade de interromper a conversa a qualquer momento ou não responder a qualquer pergunta, se assim desejasse. As conversas representam um ponto basilar não apenas na realização da pesquisa, mas na própria formação do pesquisador, especialmente no que se refere ao estabelecimento de truques (Becker 2007) para sua realização, ou seja, modos de pensar que ajudam a resolver problemas concretos que surgem na realização da pesquisa.

Assim como Barreira (1999), um ponto complexo que se apresentou para mim foi o de como trabalhar com um objeto que está em permanente situação de julgamento, no campo moral, social e jurídico, principalmente dados os percalços supracitados. E, além disso, uma preocupação constante em minimizar a “violência simbólica” inerente à relação entre o sujeito entrevistador e o sujeito entrevistado. Um exemplo ilustrativo dessa relação é o de quando, em um de minhas visitas a campo, acompanhava o funcionário que intermediava minhas visitas para buscar algum interno para conversar comigo. Ao chegarmos no quarto, um senhor de idade avançada encontrava-se deitado na cama, coberto da cabeça aos pés. Foi sacudido e chamado pelo funcionário, e então se levantou para entender o que se passava, nesse momento eu disse que achava melhor buscarmos outra pessoa para a entrevista, pois achava melhor não incomodá-lo. Ao nos dirigirmos à saída daquela ala hospitalar, fui informado por uma funcionária que aquele interno gostava de ficar deitado naquele horário, pois passava o dia todo em uma cadeira de rodas, o que lhe causava desconfortos.

Outra situação marcante foi a realização de entrevista com uma interna, que chamaremos Daniela, usuária de crack, cujo uso abusivo da droga desencadeou uma psicotização e esquizofrenia. Com exceção das conversas que se deram durante minha participação em atividades junto aos internos, como as oficinas de terapia ocupacional, todas as outras foram realizadas em salas de algum funcionário cedidas pela instituição. Nas primeiras vezes havia a presença de funcionários na sala durante a conversa, o que levou a diversos prejuízos devido a intervenções e nítido desconforto dos internos ao responder algumas questões. Assim, pedi para ficar a sós com o interlocutor no momento da conversa.

Para responder às questões de pesquisa, algumas perguntas se voltavam à biografia dos atores. Ao narrar sobre experiências traumáticas de sua infância, momentos próximos de sua primeira institucionalização, Daniela precipitou-se a chorar e deu indícios de estar entrando em crise. Nesse momento busquei reconduzir o diálogo a temas mais tranquilos e confortáveis, que ela dava indicava gostar de narrar, como a participação em oficinas ou

sobre suas filhas, o que se mostrou eficaz para controlar e contornar a situação. Contudo, é um processo de geração de estresse para ambas as partes, que agrava-se por tratar, no caso dos internos, de uma população em alto grau de vulnerabilidade, não apenas material mas principalmente psicológica. Ao término da entrevista, quando cheguei no carro, também chorei, pelo estresse gerado na situação e pelos relatos “pesados” de Daniela. Os riscos, portanto, nunca são unilaterais. É muito importante ressaltar que a técnica de recondução do diálogo foi apreendida enquanto buscava adequar meu TCLE ao CEP, porém não foi ensinada pelo CEP e por nenhum de seus documentos, mas pelas informações disponibilizadas *online* por outros pesquisadores.

O vislumbre do desgaste de submeter um projeto ao CEP em sua forma atual, tendo que lidar com morosidade e uma série de complicações e constrangimentos, faz com que decisões de imbricamentos éticos sejam tomadas “às cegas” por pesquisadores, que têm que decidir situacionalmente suas ações.

Hoje, diversas revistas exigem pareceres positivos do CEP para a publicação, enquanto pesquisadores evitam, em muitas situações, a submissão. Soma-se a isso os diversos entraves que são inerentes à própria realização da pesquisa, como a situação de minha entrada na Comunidade Terapêutica descrita no início da reflexão. Penso que talvez seja o momento das ciências humanas e sociais reivindicarem seu espaço, *sui generis*, nas discussões de ética em pesquisa, da complexidade de se lidar com espaços sociais complexos, ambíguos e desafiadores, especialmente no caso das pessoas que desenvolvem pesquisas em temas “perigosos” e delicados. Hoje, os comitês de ética representam tão mais um entrave à realização de pesquisas do que efetivamente uma garantia de proteção à alguém, o que é extremamente preocupante. Afinal, quem ganha com processos que dificultam a realização de pesquisas?

Seção 1

Essa seção visa apresentar a constituição da psiquiatria enquanto forma de saber ordenadora de práticas de controle e normatização social em seu entrelaçamento com o poder jurídico. Em resumo, será apresentada a história do nascimento da psiquiatria no Norte global e suas implicações na criação de categorias de anormalidade e gestão das populações e indivíduos enquadrados como tal, dando destaque ao seu papel na forma de governamentalidade liberal que passou a despontar a partir do século XVIII.

Nesse sentido, será demonstrado o lugar desse saber-poder nos jogos e regimes de verdade, e a função de manutenção da ordem e segurança social que reivindica para si a partir de processos de disputa, coalizão e entrelaçamento com as práticas jurídicas. É possível afirmar, a partir do diálogo com a literatura especializada, que a ascensão da psiquiatria enquanto forma de saber se deu pelo seu apoio na medicina e no direito, de forma que ambos se fortaleceram.

1. Tragam os especialistas: psiquiatria e a governamentalidade liberal

É possível dizer, em geral, que este trabalho busca analisar elementos que se encontram no “outro lado” da política de drogas. Ou seja, lança o olhar para as dimensões assistenciais, mesmo que essas tangenciem aspectos punitivos. Isso não significa que, ao longo do texto, não esbarramos em sua dimensão repressiva, uma vez que são indissociáveis. Mas, o demasiado aprofundamento em questões como a prisão de usuários e comerciantes de substâncias não é um dos objetivos. Tendo isso em mente, o objetivo dessa seção é compreender, brevemente, o estabelecimento do saber-poder que reivindicou para si a loucura e, posteriormente, o uso de drogas: a psiquiatria.

De acordo com Foucault (2006), no século XIX houve uma prática de intervenção sobre a população propriamente médica e medicamentosa e, posteriormente, foi desenvolvida pelos ingleses uma prática de “tratamento moral”, que rapidamente se propagou. Durante o período, foi possível observar, como destaca Carneiro (2002), uma crescente intervenção do Estado sobre a disciplinarização do corpo e sobre a medicalização da população a partir de ideias de eugenia e através da *higiene social e profilaxia moral*. Essa é uma das faces da medicina social originada no século XIX, atuando como condutora do poder exercido pelo Estado sobre a população, mobilizado pela intervenção médica, especialmente sobre os pobres (Foucault, 1998).

Segundo Foucault (1998), naquele século a figura do pobre apareceu como um perigo. Durante a Revolução Francesa e, na Inglaterra, durante as grandes agitações sociais, a população pobre tornou-se uma força política capaz de se revoltar ou, ao menos, participar de revoltas. Além disso, a cólera de 1832 cristalizou na população proletária e plebeia uma série de medos sanitários e políticos, dando origem a uma divisão das cidades entre espaços ricos e pobres, já que a coabitação de diferentes estratos sociais no mesmo tecido urbano foi considerada um perigo político e sanitário.

Assim, emergiu, sobretudo na Inglaterra, uma medicina que se traduziu pelo controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, a fim de torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas. Foucault (1998) explicita que o sistema inglês permitiu a ligação entre três coisas: assistência médica ao pobre, controle da saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, o que permitiu às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. Ou seja, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial para os mais pobres, uma medicina administrativa⁸, e uma medicina privada que beneficiava quem pudesse pagar por ela.

A medicina social, portanto, se inscreve dentro do que Foucault (2014) chamou de poder disciplinar. As disciplinas objetivam normalizar. Por um processo de assujeitamento, buscam adestrar o indivíduo às formas de viver legitimadas, inferindo na corporeidade. Controlam o corpo, o tempo e espaço, ao passo que produzem discursos e saberes, legitimando o exercício de poder. Além disso, as práticas médicas e psiquiátricas integram a biopolítica (Foucault, 2008a; 2008b).

A biopolítica desloca o foco da docilização do corpo individual para o controle do corpo biológico em escala populacional. Tem como função maior a gestão da vida, ao contrário do direito do soberano que “faz morrer ou deixar viver”, é um direito “de fazer viver e de deixar morrer” (Foucault, 2005), exercendo-se através do dispositivo de segurança⁹. É, antes de mais nada, um poder que faz viver, que conduz e normaliza na medida em que cuida e acolhe. Uma forma de governar que incide sobre o controle dos fluxos em seu território, em que as condutas são examinadas, hierarquizadas, adestradas e produzidas. Como demonstra Laval (2020), as análises foucaultianas sobre governamentalidade¹⁰, têm por núcleo a relação entre sujeito e seu meio, sendo pelo meio que o sujeito se torna governável,

⁸ Encarregada de problemas gerais como a vacinação e epidemias.

⁹ Esse dispositivo, que permanece e se articula junto aos outros, por sua vez pode ser traduzido enquanto o cálculo de possibilidades, gestão de séries abertas que são controladas a partir de uma estimativa de probabilidades, que se tece pelo acúmulo de informações relacionadas ao fenômeno em questão, como crimes ou epidemias (Foucault, 2008a).

¹⁰ A questão da governamentalidade será tratada e melhor explicada daqui em diante.

um meio adaptável onde a pessoa tem “liberdade” para agir como quiser, “como um peixe é livre para nadar em seu aquário” (p. 42).

Ao pensar o espaço, surge o problema de saber quais as relações de vizinhança, qual tipo de circulação, de identificação e classificação dos elementos humanos deve ser mobilizada em cada situação, para determinado fim (Foucault, 2013). Como aponta Assis (2019), o nascimento do hospital, a grande internação bem como a histórica e constante medicalização da loucura sob a forma de doença mental pela psiquiatria, são produtos do desenvolvimento e da expansão da sociedade capitalista. Pois foi necessário obter, através de mecanismos repressivos, o submetimento das forças de trabalho a condições de um mercado de trabalho favorável ao capital e, não conseguindo submeter os loucos a tal processo e disciplina, foram construídos dispositivos institucionais diferenciados (Vasconcelos, 2010).

Segundo (Foucault, 2021), a partir do século XIX emergiu uma discursividade que prende o cotidiano, o íntimo, o individual, em espaços definidos por instâncias de sequestro¹¹. Estar sob sequestro é estar preso numa discursividade ininterrupta do tempo, proferida de fora por uma autoridade e feita em função da distinção entre normal e anormal. O objetivo foi submeter o tempo individual ao tempo de produção, fixando os indivíduos ao desenrolar cronológico da mecânica produtiva.

Dentre as instituições que desempenham a função de sequestro e fixação, estão as disciplinares: escolas; fábricas; manicômios/hospitais psiquiátricos; e a prisão, forma-arquétipo do poder disciplinar. Tais instituições operariam de forma semelhante, objetivando adestrar os indivíduos a formas de agir, pensar e ser em função do “normal” estabelecido pela cultura dominante. O problema da sociedade industrial é fazer com que o tempo dos indivíduos, comprado pelo salário, possa ser integrado no aparato de produção da na forma da força de trabalho (Foucault, 2021). Se o salário corresponde ao sistema de “recompensa” pela venda do tempo de vida ao aparato produtivo, a prisão representa a subtração desse mesmo tempo como forma de punição pela transgressão às regras, cristalizando o papel fundamental de coerção que o par vigiar-punir estabelece para o seguimento da norma, estabelecida pelo ordenamento do superpoder capitalista.

Todo esse fenômeno em questão integra o que Foucault (2008a; 2008b) identificou como *governamentalidade liberal*. Essa mentalidade, ou razão, de governo é compreendida pelo autor enquanto o conjunto constituído por instituições, procedimentos, análises e

¹¹ O sistema de sequestro, e suas instituições subjacentes, nasce no processo pelo qual busca-se neutralizar os ilegalismos de dissipação, ou seja, a festa, o jogo, o nomadismo (2021). Tudo aquilo que interfere na submissão dos sujeitos às dinâmicas e ao mercado de trabalho favorável ao capital.

reflexões, cálculos e estatísticas que permitem o exercício dessa forma de poder que se ocupa da população, que tem como principal forma de saber a economia política e como instrumento técnico os dispositivos de segurança. Trata-se, em suma, de conduzir a conduta das pessoas. É uma forma de governo que se opõe ao regime anterior de poder soberano. O liberalismo, destaca Laval (2020), pretendeu regular a população e conduzir as pessoas: não mais pelo comando, pela culpabilidade e coerção, mas pelo interesse livremente perseguido no quadro de uma sociedade de trocas.

Segundo Laval (2020), em diálogo com ideias foucaultianas, o liberalismo é um governo econômico das pessoas. Assim, é uma fórmula que designa o governo dos indivíduos que agem por interesse e cálculo e a quem o poder deve incitar mais do que constranger. A arte de governo liberal se funda, pois, sobre os direitos e a racionalidade dos próprios governados. Nesse sentido, se desenvolve no momento em que a questão que se coloca para o governo do Estado não é apenas a de exercer soberania sobre um território, mas de conduzir uma população e regular uma sociedade (Laval, 2020; Foucault, 2008b).

Destarte, a biopolítica, nesse cenário, pretende agir sobre as populações, objetivando alcançar resultados em matérias de alimentação, saúde, higiene, mortalidade e natalidade, educação e habitação. Tudo isso informado pelo, e agindo em favor do, mercado, de uma sociedade de trocas. Isso porque não há economia capitalista sem governo de uma sociedade. Essa forma de economia, para nascer, não pressupõe um *laissez-faire*, “mas dispositivos de segurança e processos de normalização em todos os níveis da sociedade e em todas as esferas da existência” (Laval, p. 54). As disciplinas reais e corporais estruturam o subsolo das liberdades formais e jurídicas (Foucault, 2014), ou seja, para o funcionamento da sociedade livre, baseada no mercado, é necessário o controle intensivo de parcelas populacionais desviantes. É justamente nesse sentido que surgem as instituições psiquiátricas, e nesse momento que o poder psiquiátrico passa a se constituir como saber.

Entre finais dos séculos XVIII e XX, o destino dos ditos loucos eram instituições de caráter manicomial-asilar, que operavam pelo isolamento dessas pessoas em seu interior. Essas instituições separadas das prisões, na prática, apenas pelo nome, onde seus supliciados “apodrecem espiritualmente, como um exemplo invisível e silencioso” (Adorno; Horkheimer, 1986, p. 107), existem ainda hoje, mesmo que diferentes em alguns aspectos.

Costa (2022), Carvalho e Piza (2016), em uma abordagem marxista, apontam que origem dos asilos liga-se à resposta dada à “questão social”¹², cuja gênese se encontra no

¹² Definida por Castel (2012) como “uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão do conjunto” (p.41)

processo de acumulação primitiva de capital. Os trabalhadores tornados livres, expropriados dos instrumentos e meios de produção, são forçados a migrar aos centros urbanos onde não há emprego suficiente para todos, formando a superpopulação relativa, capaz de trabalhar mas não incorporável aos processos produtivos¹³ (Marx, 1996). Nesse cenário, os hospitais gerais, e as “grandes internações” dos ociosos, pobres e loucos, surgem como resposta à “questão social” como um instrumento de gestão da mendicância no contexto urbano (Castel, 2012).

É preciso pontuar que até mesmo Marx (1858a) denunciou as péssimas condições de vida e tratamento nos asilos a que eram submetidos os loucos pobres, cujo número de leitos e internações crescia a cada ano. As residências privadas particulares, que eram o destino dos loucos de classes mais abastadas, passaram a receber subsídios para acomodar os loucos pobres, de modo que o custo institucional dos internos era inferior à quantidade recebida, o que gerava lucro àqueles que as gerenciam. Apresentou, ainda, a forma como as internações eram acionadas como forma de sequestro daqueles denunciados como loucos e o internamento de pessoas que não possuíam patologias mentais (Marx, 1858b). A exemplo, temos o caso de Rosina Bulwer-Lytton, diagnosticada como louca, sequestrada e enclausurada após denunciar a conduta de seu ex-marido, um renomado escritor e político conservador.

Dessa análise marxiana podemos extrair uma constatação importante, de algo que perdurará até a contemporaneidade em nossa sociedade: uma vez estabelecido um dispositivo que pune – e por punição deve ser compreendida a subtração do tempo de vida através do isolamento – aqueles que não são legalmente puníveis, mas moralmente condenáveis, ele poderá ser arbitrariamente acionado, desde que respaldado pelo poder que o rege, ou seja, o médico-psiquiátrico. Isso ocorre devido a um aspecto fundamental à sua construção social, que é a imputação da loucura a determinadas condutas, corpos e modos de vida. De modo que tudo aquilo que foge da norma social pode ser considerado loucura.

O que se estabelece é uma intrínseca relação entre loucura e desvio, operando em dupla função: não somente a de alocação dos ditos loucos como desviantes, mas da qualificação dos desviantes enquanto loucos. Assim, a configuração do que é o desvio se faz possível não a partir de um ato ou característica que seja desviante, mas a partir da feitura de regras cuja infração constitui desvio, e da aplicação dessas regras a pessoas ou grupos (Becker, 2008).

¹³ Tal população é permanentemente produzida pelo capitalismo. Não sendo, pois, uma anomalia a ser corrigida, mas uma derivação de suas leis de funcionamento.

Como demonstra Foucault (2019), no nascimento do asilo a loucura passou a ter significação médica. O médico, assim, encarnou uma relação de poder específica: aquele que produz a verdade da doença. Cabe ao psiquiatra determinar o que é, ou não, doença/loucura e sua forma de tratamento. E através dessa produção de discursos e saberes, o exercício de um poder é legitimado. Acontece que a nascente psiquiatria careceu de uma cientificidade mais profunda, e a definição da loucura foi feita pela observação moral das condutas, pelo que se considerava normal ou anormal. E a cura se traduziu pela adequação a um dado tipo social, pela domesticação das paixões pela razão.

Segundo Basaglia (1985), no processo em que o manicômio se constituiu, a psiquiatria, um tecnicismo revestido cientificamente, por um lado criou a doença mental como inferioridade social e moral do diferente e, por outro, criou soluções fictícias usando a violência da exclusão. Segundo o autor, enquanto condição comum, a doença assume concretamente significados distintos segundo o nível social do doente. Assim, para ele, o manicômio é uma instituição social erguida para, durante e constantemente no sistema capitalista. Porque as sociedades que baseiam suas estruturas exclusivamente sobre diferenciações de classe, culturais, e sobre sistemas competitivos, criam em si áreas de compensação para suas próprias contradições, onde pode concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente parte de sua própria subjetividade.

Contudo, o isolamento da loucura na sociedade capitalista opera em outra função. É sabido que o exame psiquiátrico se exerce a partir da análise das condutas dos indivíduos, diagnosticando a loucura/doença a partir da desconformidade com o “normal” (Foucault, 2001; 2006; 2019). Como explicita Basaglia (1985), o doente mental/louco, é um excluído que não pode opor-se àqueles que o excluem, pois cada um de seus atos é limitado e definido pela doença. Assim, a patologização de determinadas condutas, que constituem um desvio das normas, mas não em si criminosas, permite governar as pessoas em diversas instâncias, garantindo o funcionamento geral do sistema. Isso porque a coerção e repressão de formas “anormais” de ser, viver e agir, legitima e impõe, mesmo que sutilmente, as formas de normalidade.

Esse aparato foi rapidamente acionado para lidar com a questão do uso de álcool e outras drogas em sua face assistencial, já que, nitidamente, considerada infração legal, o uso de drogas poderá ser punido explicitamente com prisão. Contemporaneamente, o uso de drogas é objeto da psiquiatria por excelência. Mas, é necessário não perder de vista que a psiquiatria se fundou nesse sistema de instituições que a *vinculou* à medicina. Os grandes hospitais e os asilos/manicômios tiveram, em sua origem, uma função comum e muito nítida:

o controle e isolamento de uma parcela populacional considerada desviante e/ou perigosa a grupos dominantes e seus interesses.

Como destaca Foucault (2006), a operação de cura dos que poderiam ser considerados fundadores da psiquiatria – Fodéré, Pinel, Esquirol e Haslam – não guardavam em sua morfologia, em sua disposição geral, praticamente nada de semelhante com o que está se construindo como a experiência, a observação, a atividade diagnóstica e o processo terapêutico da medicina. Tal heterogeneidade marcou a história da psiquiatria no momento em que se fundou no interior de um sistema de instituições que a vinculou à medicina.

É preciso pontuar que a psiquiatria, prossegue Foucault (2006), se exerceu como poder antes de se constituir como saber. E a condição precisa dessa constituição foi justamente o desenvolvimento de uma governamentalidade que agiu de maneira sutil, a oposição da “liberdade” disciplinar à coerção do soberano. Não à toa o autor analisa, como uma das cenas de cura fundantes da psiquiatria, a cena de cura do rei Jorge III que Pinel tomou emprestado de Willis, o médico real. Sem delongas a respeito da descrição dessa cena, basta, aqui, compreender que se trata de uma inversão do poder soberano frente à “pálida” disciplina que se colocava pela ação do médico. Outra cena marcante da psiquiatria é a libertação, por Pinel, dos loucos de suas celas e correntes. Nesse sentido, “tirar as correntes é realizar por intermédio de uma obediência reconhecida algo como uma sujeição” (Foucault, 2006, p. 36).

Nesse cenário, portanto, a relação que a psiquiatria estabeleceu com a verdade, e a produção da verdade, a respeito da doença diferiu substancialmente da medicina. Para Foucault (2006) é possível constatar duas ordens de verdade: a verdade que se constata (a verdade da demonstração) e a verdade-acontecimento. Enquanto a primeira poderia ser chamada de “verdade céu”, universalmente presente sobre a aparência das nuvens, a verdade descoberta, constante, constituída, demonstrada; a segunda seria a “verdade-raio”, que não é da ordem do que é, mas do que acontece, não dada, portanto, na forma da descoberta, mas do acontecimento, uma verdade que não é constatada, mas suscitada, perseguida, que não se dá pela mediação de instrumentos, mas se prova por rituais, se capta por artimanhas e se apreende de acordo com as ocasiões. “É uma relação de dominação e de vitória, não portanto uma relação de conhecimento, mas de poder” (Foucault, 2006, p. 304).

Para o autor, a verdade demonstrativa colonizou, e exerceu poder, sobre essa verdade cuja tecnologia está ligada ao acontecimento. Assim, ao abrir os dossiês da prática judiciária, como no caso do parricida Pierre Rivière (Foucault, 1977), o autor procura mostrar como, por meio dessa prática, tinham sido constituídas regras político-jurídicas de estabelecimento da

verdade, onde se via refluir, com o advento de certo tipo de poder político, a tecnologia da verdade-prova. Instala-se a tecnologia de uma verdade de constatação, de uma verdade autenticada por testemunhos. Destarte, essa tecnologia de verdade-acontecimento, no século XIX, foi recoberta, no que concerne à loucura, com certa tecnologia de verdade demonstrativa, de constatação (Foucault, 2006).

A medicina grega, de Hipócrates, pode ser descrita como uma medicina de “crise”. No momento em que a crise se manifesta, a doença eclode em sua verdade. De acordo com Foucault (2006), a técnica de crise nessa medicina não é diferente da técnica do juiz, quando se trata de um litígio judiciário. Nessa técnica de prova, há uma espécie de modelo de matriz jurídico-política que se aplica tanto ao combate litigioso no caso do direito penal, como à prática médica. Em seu curso, a medicina se justapõe ao saber científico, ao contrário do que ocorreu com a alquimia. E isso é importante para compreender os desdobramentos do saber psiquiátrico.

Por outro lado, a passagem de uma tecnologia de verdade-acontecimento à verdade demonstração estaria ligada à extensão dos procedimentos políticos de inquérito que liga-se a confissão e nasce com a inquisição. Para Foucault (2006), esse processo não se vale apenas localmente, mas se estende a toda superfície do globo. Há, assim, um duplo movimento de colonização: colonização em profundidade, que parasitam até os gestos, o corpo e o pensamento dos indivíduos, e colonização na escala dos territórios.

Nesse sentido, o que se desenvolveu a partir da Idade Média foi uma colocação sob inquérito generalizado de toda a superfície da terra. De modo que em todos os momentos e em todos os lugares do mundo, e a respeito de tudo “pode-se e deve-se colocar a questão da verdade” (Foucault, 2006, p. 316). Qualquer um pode ter acesso à ela, visto estar em toda a parte e em todo o tempo, mas é necessário que se atenda as circunstâncias necessárias, adquirir formas de pensamento e técnicas que permitam justamente ter acesso a essa verdade de toda a parte, mas sempre profunda, escondida e de difícil acesso.

A medicina de crise, prossegue o autor, desaparece ao fim do século XVIII. É o nascimento da anatomia patológica e aparecimento de uma estatística, dos grandes números. Ou seja, é ao mesmo tempo a assinalação da causalidade precisa pela projeção da doença e a possibilidade de vigiar um conjunto populacional. A partir disso tem-se uma tecnologia da constatação e da demonstração que torna progressivamente inúteis as técnicas de crise. Nessa esteira, o hospital psiquiátrico, assim como o hospital geral, tende a fazer desaparecer a crise. Para Foucault (2006), o hospital psiquiátrico, como qualquer hospital, é um espaço de inquérito e inspeção e não é necessária toda essa prova de verdade. Não só dispensa a prova,

como não precisa de nenhuma verdade. A crise, no interior da loucura e do comportamento do louco, é excluída.

Ela é excluída pelo fato do hospital operar como sistema disciplinar. Sendo que a principal orientação, a principal técnica da disciplina asilar é: não pensar no assunto, “pense em outra coisa, leia, trabalhe, vá ao campo, mas, seja lá como for, não pense na sua loucura. [...] Faça marcenaria, ganhe sua vida, mas não pense na sua doença” (Foucault, 2006, p. 318-319). O espaço disciplinar do asilo não pode ceder espaço à crise da loucura, porque isso significa o aumento do poder do louco em detrimento ao poder do psiquiatra. Assim, a crise como momento da verdade, momento em que a verdade da loucura eclode, se encontra epistemologicamente excluída pela anatomia patológica, do exame da doença em cadáveres dissecados. É a partir disso que se pode rejeitar a existência da crise, pois o louco poderá ser isolado, amarrado e não ouvido, pois será a anatomia patológica que dirá a verdade da loucura do indivíduo, depois de sua morte.

Por outro lado, como apresentado por Foucault (2021), o hospital psiquiátrico é o espaço institucional por meio do qual dá-se a expulsão do louco e, ao mesmo tempo, pela própria ação dessa expulsão é um núcleo de constituição e reconstituição de uma racionalidade autoritariamente instaurada no âmbito das relações de poder em seu interior, e que será reabsorvida no exterior do hospital em forma de discurso científico, que circula, no exterior, como saber sobre a loucura, cuja condição de possibilidade de sua racionalidade precisa é o hospital. Mas, apesar do hospital ser o lugar privilegiado onde a psiquiatria pode se valer enquanto saber-poder, ela buscou apoio de legitimidade em outros campos.

A partir do século XIX podem ser encontrados nos tribunais um processo curioso pelo qual os médicos davam sua opinião sobre um crime e procuravam, de certa forma, reivindicar o crime para a doença mental (Foucault, 2006). Diante de qualquer crime, os psiquiatras se perguntavam se não seria o sinal de uma doença. Mas qual seria a razão desse interesse dos psiquiatras pelo crime, porque reivindicar tão fortemente o fato do crime eventualmente pertencer à doença mental? Para Foucault (2006), não se trata tanto de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas, e isso é muito mais importante para o poder psiquiátrico, de demonstrar que todo louco é um possível criminoso. Essa determinação, vinculação de uma loucura a um crime e, no limite, da loucura a todo crime era a forma de fundar o poder psiquiátrico, não em termos de verdade, já que não é de verdade que se trata, mas em termos de perigo. A função dos psiquiatras, da psiquiatria em si, seria a de proteger a sociedade, haja vista que, no âmago de toda a loucura, estaria inscrita a possibilidade de um crime.

A vinculação do crime a algo como a loucura pode ser, por razões sociais, uma forma de livrar o indivíduo de uma determinada pena, mas, prossegue Foucault (2006), no nível geral dessa assinalação de loucura no crime há a vontade dos psiquiatras de fundar sua prática nos termos de uma defesa social, pois não podem fundá-la em verdade. Assim, o sistema disciplinar da psiquiatria tem por efeito fazer a crise desaparecer. Não apenas não precisa da crise, mas não se quer a crise, pois ela poderia ser perigosa, porque a crise do louco poderia significar a morte de alguém.

De fato, nem o regime disciplinar, nem a calma obrigatória imposta aos loucos nos asilos, nem a anatomia patológica permitiram o saber psiquiátrico fundar-se em verdade. Como destaca Foucault (2006), o real ponto em que se exerce o saber psiquiátrico não é essencialmente o ponto que o permite especificar, caracterizar ou explicar a doença. Se a tarefa de um médico é a de responder aos sintomas, às queixas do doente em uma atividade de especificação e caracterização, o psiquiatra é requisitado um grau antes, no ponto em que se trata de decidir se há, ou não, doença. O ponto em que funciona o saber médico-psiquiátrico é o da decisão entre loucura e não-loucura, da realidade ou não-realidade. É no ponto de simulação, no ponto de ficção, e não no de caracterização, que está sua atividade.

Falei anteriormente do caso de Pi erre Riviere, um campon es parricida que degolou sua mãe, sua irm a e seu irmão. No ano de 1973, Foucault (1977) publicou o memorial de Riviere, em um volume ao qual foram acrescentadas as peças jurídicas que compunham o caso e artigos da imprensa a seu respeito. Podemos tom -lo como um caso emblemático da a o de estabelecimento da psiquiatria, haja vista que os médicos-psiquiatras da época não tardaram a querer reivindicar esse crime   doença mental. A esse respeito, Castel (1977) dedica um pequeno texto   análise da rela o entre a a o da medicina e direito ao final do dossiê.

Para Castel (1977), a disputa entre justiça e medicina mental pelo ato de Riviere levanta, *a priori*, um problema de classifica o relacionado aos dois campos de saber: culpado ou louco. Por trás desse confronto teórico se esbo aria uma concorrência entre os agentes que defendem seus lugares na divisão social do trabalho. Ou seja, a que tipo de especialistas deveria ser confiado esse homem, se sua "carreira" seria estruturada em fun o do veredicto ou do diagnóstico. Assiste-se, portanto,   tentativa da nascente psiquiatria em ganhar espaço de interven o entre o antes e o depois, a a o preventiva e a repressão consecutiva, no qual o futuro da medicina mental irá se desdobrar. Assim, enquanto o aparelho judiciário opera no momento em que os jogos são feitos, a medicina mental busca

ser um novo dispositivo, uma intervenção que não seria condenada a chegar muito tarde, pois ela estaria fundamentada sobre um saber capaz de antecipar a possibilidade de uma conduta delituosa, antes mesmo de ser produzida.

Mas, como já apresentado por Foucault (2002), todo esse processo, que se inicia durante o século XVIII e toma contornos sólidos durante o século XIX, diz respeito a uma reestruturação social, uma reestruturação que perpassou também o poder jurídico. Como já mencionado, trata-se de uma governamentalidade liberal, que se estruturou sobre a forma de uma sociedade disciplinar. Com esse fenômeno, o crime e os criminosos tomam contornos de inimigo social, alguém que rompe com o pacto societário. Nesse sentido, o que emerge ao fim do século XIX é a ascensão da noção de periculosidade, que significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades, e não ao nível de seus atos.

Assim, prossegue Foucault (2002), em torno da instituição judiciária, precisamente para lhe permitir assumir o controle dos indivíduos no nível de sua periculosidade, desenvolvem-se uma série de instituições, dentro das quais enquadra-se a psiquiátrica. Se era possível observar uma disputa entre os saberes, sobre “veredicto” ou “diagnóstico”, seu desdobramento deu-se, por fim, em uma espécie de simbiose que fortaleceu a ambos. Isso porque, substancialmente, passaram a exercer a mesma função: defesa da sociedade pelo controle da periculosidade. Mas, enquanto o poder jurídico se incumbiu de desvios legislativos, o poder psiquiátrico foi ocupado dos desvios morais que, evidentemente por uma construção social dos especialistas, poderiam, e iriam, tornar-se delitos penais se não controlados. Ou seja, é possível observar o nascimento da aliança entre psiquiatria e justiça, de modo que as fronteiras entre essas profissões não se apresenta apenas como/ pelo conflito, mas pela cooperação que fortaleceu ambas.

Da discussão que se desdobrou, é importante compreender que a medicina mental, a psiquiatria, nasce no âmago de um projeto de governamentalidade liberal. As condições próprias para sua existência são a expansão das cidades e o estabelecimento do capitalismo, que necessitam de formas diferenciais de controle social e atenção à saúde de uma população. De fato, ao olharmos para a psiquiatria hoje, não há como deixar de notar que esse saber foi capaz de atingir em completude seus projetos iniciais. Tornou-se uma medicalização do desvio, dando suporte às decisões jurídicas, especialmente no que concerne à internações compulsórias de usuários de drogas. Não opera, senão, pela decisão da realidade e não-realidade da loucura/doença mental.

Além disso, tornou-se um suporte à legitimação das relações do capitalismo, com potencial de tornar doenças não apenas formas de viver e comportamentos que escapem das regras morais e sociais, mas também qualquer resposta humana à exploração sistemática. Entretanto, se a psiquiatria tomou as proporções que hoje conhecemos, é porque foi capaz de se adaptar, assim como legitimar, com maestria às transformações da governamentalidade em sua expressão neoliberal. E é sobre isso que gostaria de tratar nas próximas sessões.

Seção 2

O objetivo desta seção é apresentar e debater a construção das políticas de drogas em âmbito internacional e nacional, assim como as formas de tratamento oferecidas a usuários de drogas. Levando em consideração que grande parte dos movimentos e organizações globais pela estruturação de políticas proibicionistas foi capitaneado pelos EUA, a primeira parte desta seção objetiva debater o cenário nacional desse país e os movimentos e posições tomadas por ele no cenário internacional. Em sequência, serão apresentadas as formas de tratamento oferecida a usuários de drogas. Em sequência, o mesmo é feito em relação ao Brasil.

2.1. O império e a guerra: a influência dos EUA na política de drogas global e a questão neoliberal

Antes do século XIX, a doença do vício não existia enquanto categoria médica. O consumo de álcool e outras drogas era visto como condenável em algumas circunstâncias e virtuoso em outras (Carneiro, 2002). De acordo com Escotado (1998), até 1900 todas as drogas conhecidas eram encontradas em farmácias e drogarias de todo o globo, tanto na Ásia, como na América e Europa. Eram vendidas, entretanto, em pequenas quantidades e exigia do consumidor que quisesse maiores doses comprá-las diretamente dos produtores. A propaganda vinculada a esses produtos era tão intensa e livre como de qualquer outro artigo de comércio. Havia, obviamente, dependentes de ópio, heroína e morfina, mas o fenômeno em seu conjunto chamava pouca atenção da mídia e nada interessava a juizes e policiais. Mas, a partir do século XX, esse quadro se inverteu.

Já no final do século XIX, apresenta Ribeiro (2013), nos Estados Unidos da América (EUA) a popularização da circulação e do consumo de drogas começam a gerar impactos sociais negativos, tal qual a intoxicação aguda e complicações crônicas à saúde dos usuários, decorrentes, na maior parte, da falta de mecanismos de controle formal sobre sua distribuição e circulação. Além disso, outro fator que corrobora para o crescimento do número de pessoas que faziam uso abusivo de opioides foi a Guerra Civil estadunidense, já que a morfina era amplamente prescrita para tratar ferimentos, sequelas e patologias decorrentes da guerra¹⁴. O cenário sócio-político interno dos EUA, nesse momento, é extremamente relevante para a compreensão das mudanças políticas sobre drogas em âmbito global.

¹⁴ Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-60080726> Acesso em: 01/09/2024

Nesse período nasceram as políticas proibicionistas. Mas, como destaca Ribeiro (2004), a proibição tem começos ínfimos, e as leis restritivas responderam a demandas sociais precisas, não sendo meras obras de burocratas. Distintos clamores por repressão foram alçados à política de governo, cristalizando-se em leis que instituíram meios para sua aplicação. É precisamente nos EUA que as procedências da ilegalidade podem ser identificadas nitidamente através do rastreamento dos gritos proibicionistas e em sua história de amplificação aos mecanismos de governo.

Chamaremos de paradigma liberal (Escohotado, 1998) o livre comércio, circulação e consumo de drogas presente até então. Esse paradigma, contudo, encontrou nos EUA dois ferrenhos inimigos. O primeiro deles é o discurso entoado pelas associações de médicos e farmacêuticos. Estabeleceu-se uma disputa corporativa entre produtores e ambos os grupos. Como mencionado, drogas como a cocaína, morfina e heroína podiam ser compradas diretamente com farmacêuticos ou produtores. Nesse cenário os médicos viam-se impotentes ante a atividade desses grupos, razão que levou à fundação da Associação Médica Americana, com a intenção de poder determinar quais eram os medicamentos admissíveis, sua quantidade e os pacientes que poderiam administrá-los. Por outro lado, a Associação farmacêutica buscava o monopólio da produção e distribuição das drogas. Assim, firmam um pacto empreendendo esforços no sentido da demonização dos usos não médicos dessas substâncias, sendo que seus líderes chegaram até mesmo a afirmar que o livre comércio de drogas transformava os jovens em criminosos e as jovens em prostitutas.

De acordo com Ribeiro (2013), a partir desse pacto os médicos passam a poder receitar bebidas alcoólicas para tratamentos profissionais, caso houvesse uma lei que as proibisse, e se criou um sistema de rigorosa exclusividade para a receita de cocaína, opiáceos ou qualquer outra droga. Ou seja, houve forte influência do aspecto econômico no sistema proibicionista, pois interessava à indústria farmacêutica o monopólio da manipulação, refinamento e comércio de drogas. Mas a ascensão da classe médica e sua legitimação enquanto especialistas, os fez assumirem a “ordem do discurso”, buscando rechaçar tudo o que pudesse ser caracterizado como xamanismo ou curandeirismo (Carvalho, 2011).

Como apresenta Ignatowski (2019), paralelamente aos movimentos no campo da saúde, começaram a surgir campanhas que se dedicaram a amedrontar pessoas em relação às drogas, vinculando-as a grupos étnicos referidos como perigosos. Segundo Escohotado (1998), a prática de depreciar minorias leva a depreciar os veículos de cura e recreação mais empregados por seus membros, que são revestidos com traços de perversidade ou inconveniência próprios do grupo em si. Assim, surgiu uma relação entre a política contra

drogas e a discriminação contra essas minorias: contrariamente ao ópio sustentava-se sua ligação com a corrupção infantil atribuída aos chineses; contra a maconha, relacionava-se a migração de mexicanos; contra a cocaína, associavam-se os ultrajes sexuais atribuídos aos negros e, contra ao álcool, eram associados comportamentos considerados imorais atribuídos a judeus e irlandeses.

De fato, a reprovação moral do uso de substâncias era propalada pelas ligas puritanas, defensoras da abstinência e avessas às minorias e imigrantes, por elas considerados moralmente inferiores e ameaçadores aos valores clássicos da sociedade estadunidense branca e cristã (Ignatowski, 2019). De acordo com Rodrigues (2004a), essas ligas de temperança, organizações não governamentais, cresceram pelas redes de igrejas e associações protestantes. Grupos religiosos, como *Antisaloon League* e *Sociedade para a Supressão do Vício*, que nasceram em meados do século XIX, levaram adiante a bandeira da abstinência. Essas ligas passaram a contar, adiante, com representação política, com deputados, senadores e titulares de cargos executivos comprometidos com suas bases: “no mercado de votos da democracia estadunidense, as organizações puritanas foram bem sucedidas porque representavam os valores e anseios de grande parte dos eleitores” (Rodrigues, 2004a, p. 132).

Dessa forma, é possível afirmar que a legislação antidrogas dos EUA foi instigada por uma cruzada moral encampada pelo governo devido às potencialidades políticas que o proibicionismo representava (Rodrigues, 2004a). De acordo com Valois (2014), foram justamente esses movimentos religiosos, que rapidamente encontraram respaldo político, os primeiros a estimular a criação de uma legislação interna e um sistema global de proibição de drogas. Esses grupos tiveram, nesse período, seu interesse alinhado aos dos médicos e farmacêuticos. Para Escohotado (1998), essa aliança entre atores do campo da saúde e moralistas levou a efeitos legislativos nacionais e internacionais, à medida em que os EUA expandia seu poder para outras regiões.

Como destaca Vargas (2008), ao longo do século XX quase todos os países do mundo implementaram políticas mais ou menos repressivas em torno do uso de certas drogas. Essas políticas têm por característica a criminalização da produção, uso e tráfico de drogas com propósitos não terapêuticos, assim como a crescente ampliação de substâncias consideradas drogas de uso ilícito. Além disso, foram precisamente os saberes médico-farmacêutico os nominalmente acionados para fundamentar cientificamente as políticas repressivas. Não é coincidência, pois, que criminalização desse conjunto de usos de substâncias ocorreu junto à invasão farmacêutica e ao crescimento da importância social das atividades biomédicas.

De acordo com Torcado (2016), um marco para o reconhecimento mundial do problema das drogas e do perigo da dependência química foi o *Shanghai Opium Commission*, de 1908, que inaugurou a discussão interna dos países com relação às drogas. O evento foi financiado pelos EUA a partir de pressões de missionários e dos grupos anteriormente citados que pretendiam, com ele, compilar informações sobre a produção mundial de ópio. Os resultados, contudo, foram tímidos, devido à ausência de países considerados importantes e pela falta de entendimento entre os negociantes. Ainda assim, o evento marcou o lançamento de dois conceitos posteriormente dominantes: somente o uso médico de drogas é legítimo e a resolução do problema se baseia na redução da oferta dos países produtores.

Alguns anos mais tarde, ocorreu outro encontro internacional sobre o tema, a *International Opium Convention*, ocorrida em Haia, no fim de 1911 e início de 1912. Ainda segundo Torcado (2016), a convenção foi levada a efeito por iniciativa dos mesmos grupos religiosos estadunidenses, que contaram com o apoio do *Department of State*. O aumento da importância internacional dos EUA e a grandeza do problema foram incentivos para que os demais países não se abstivessem. É preciso destacar que essas convenções do início do século XX resultam das Guerras do Ópio, consequentemente, são fruto da disputa imperialista na Ásia. Conforme Rodrigues (2004a), a estratégia dos EUA em financiar as Conferências resolveria dois problemas simultaneamente: melhoraria suas relações comerciais com a China e enfraqueceria a Inglaterra, seu principal concorrente.

Em 1914, os EUA promulgou sua primeira lei proibicionista, a *Harrison Narcotic Act*, que exigia que todos que distribuíssem ou vendessem narcóticos tivessem um registro governamental e pagassem uma pequena taxa. Além disso, a cada distribuição ou venda, deveria ser feito um registro detalhado da transação, aberto para inspeção governamental (Courtwright, 1992). Assim, caso uma pessoa não autorizada fosse flagrada com narcóticos, seria presumido que estava infringindo a lei. Segundo Courtwright (1992), há dois pontos curiosos nessa lei: a definição de narcóticos como drogas à base de ópio e coca; o segundo era saber se uma pessoa dependente poderia receber doses indefinidas da drogas, uma lacuna que para o autor perpassa todas as leis federais do século XX.

É notável que o código legal estadunidense universaliza um conjunto de valores morais cristalizados em forma de lei. A construção dessas normas restritivas ao ciclo produção-venda-uso de substâncias foi intermediado pelos argumentos médico-sanitários que identificavam no consumo de drogas um perigo epidemiológico. O único modo legítimo de intoxicação era o chancelado pelo poder médico. A relação entre médicos e pacientes foi

intermediada pelo Estado, limitando a liberdade dos especialistas em receitar psicoativos, mas consolidando o monopólio médico sobre as práticas de cura (Rodrigues, 2004a).

De acordo com Rodrigues (2004a), a roupagem científica camuflava mal o impulso puritano de fomentar iniciativas proibicionistas, e a proibição do álcool, a exigência mais antiga de grupos abstêmios venceu as resistências da Suprema Corte, em 1918, sendo aprovada, em 1919, por meio do *Volstead Act (Lei Seca)*. Entrando em vigor em 1920, a Lei Seca regulamentou a proibição da fabricação, importação e venda de bebidas alcoólicas no país (Valois, 2016). A lei não erradicou o hábito de beber álcool, mas, conseqüentemente, fomentou um poderoso negócio ilegal que fortaleceu as mafias e alimentou o agigantamento burocrático-repressivo estadunidense (Rodrigues, 2004a). Foi abolida em 1933, deixando como herança organizações ilegais e escritórios antidrogas dotados de grandes orçamentos.

Ao fim da Primeira Guerra Mundial, junto aos acordos de paz e surgimento da Liga das Nações, a questão de drogas foi misturada com outros assuntos, integrando a agenda internacional sem maiores debates (Valois, 2016). Entre os anos de 1924 e 1925, foi realizada a *Convention on Opium and Other Drugs*, que objetivavam tratar sobre a produção e comércio de ópio, mas que findou com a inclusão, no controle internacional, das folhas de coca, cocaína e maconha (Torcato, 2016). Mas, como os EUA não integravam oficialmente a Liga das Nações, foi necessária a criação de um órgão de responsabilidade nacional e internacional para tratar da questão de drogas, o *Federal Bureau of Narcotics*.

Em 1921, foi criada a primeira organização internacional a fim de controlar o comércio de drogas, a Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas, a qual foi sucedida pela comissão das Nações Unidas sobre Drogas Narcóticas, em 1946, vinculada ao Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas (ONU) (Carvalho, 2011). Já em 1961, foi criada a Convenção Única de Nova York sobre Entorpecentes, que revogou as convenções anteriores e atribuiu à ONU o papel de fiscalizar o comércio de drogas, com o apoio de todos os países membros da organização.

É importante ressaltar que, durante as décadas de 1950 e 1960, fervilhavam nos EUA diversos movimentos de contracultura. Sendo possível afirmar que parcelas ideologicamente motivadas das gerações do pós guerra viam desabar sobre seus olhos os ideais do *American way of life* e, contra conflitos emergentes e potenciais guerras, formavam um movimento de resistência regado a músicas e drogas psicodélicas. O uso do LSD, descoberto na década de 1940 por Albert Hoffman, tornou-se costume entre seus adeptos. Segundo Escohotado (1998), essa droga, antes de ser associada aos movimentos de contracultura, foi utilizada pela

Central Intelligence Agency (CIA) em experimentos secretos e ataques a adversários políticos comunistas ou de esquerda.

Fato é que essa substância pode ser enquadrada entre aquelas *enteógenas*¹⁵, sendo que seu uso é penetrado por um alto teor de “religiosidade”. Com o objetivo de despertar o sentimento de paz em oposição à Guerra do Vietnã, a *Brotherhood of Eternal Love*, produziu e passou a distribuir de forma gratuita sua própria “marca” de LSD, a *Orange Sunshine*¹⁶ (Escohotado, 1998). Todo esse processo de contestação do discurso oficial e oposição às políticas de Estado fazem culminar, precisamente, a Convenção de 1961.

Já em 1971 é realizada, no âmbito da ONU, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reafirmando o propósito proibicionista frente aos movimentos contraculturais dos anos 1960 (Valois, 2016). O preâmbulo do documento em quase nada difere do de mesmo cunho de 1961, a não ser pela substituição da palavra “estupefacientes” por “drogas psicotrópicas”, sem, contudo, definir seu significado (Escohotado, 1998). Um de seus destaques da Convenção, contudo, é que visava banir o LSD e as novas drogas sintéticas, incluindo-as na Lista 1, a das drogas consideradas mais danosas.

É necessário frisar que esse movimento é, antes de tudo, político. O movimento de contracultura, os *hippies*, ganharam inúmeros adeptos no país, com até mesmo a adesão de artistas de popularidade astronômica, como os *Beatles*. Certamente, pais de todo o país temiam que seus filhos se tornassem “drogados” e aparecessem com estampas *tie-dye*, ao mesmo tempo que despontavam, efetivamente, protestos e ferrenhas oposições a esse movimento. A construção proibicionista, como aponta Rodrigues (2004), não foi uma imposição estatal e não se restringiu aos EUA. Tratava-se de reivindicações populares, chanceladas por movimentos civis, políticos e profissionais organizados.

Nesse momento da história, o que se observa é a ascensão e cristalização do neoliberalismo (Laval, 2020). Como destaca Foucault (2008b), o (neo)liberalismo estadunidense é toda uma maneira de ser e pensar. É um tipo de relação entre governantes e governados, mais que uma simples técnica dos governantes, se apresentando mais como uma reivindicação global multiforme e ambígua do que como uma alternativa política. Para Foucault (2008b), o neoliberalismo norte-americano marca-se pela transposição da análise econômica a campos não propriamente econômicos, como a vida populacional, segurança e

¹⁵ Segundo Carneiro (2021), o conceito foi proposto, no fim dos anos 1970, por R. Gordon Wasson, Jonathan Ott e outros, e significa “aquilo que gera Deus dentro de si”, destacando a existência de substâncias capazes de produzir intensidades devocionais.

¹⁶ Fonte: <https://www.bbc.com/culture/article/20170112-the-ldc-cult-that-terrified-america> Acesso em: 24/09/2024

saúde. Esses fatores, entrecruzados, formam a teoria do capital humano. Os sujeitos neoliberais, pois, são o *homo economicus*, mas não mais o indivíduo de trocas descrito anteriormente, ele é, agora, um “empresários de si”, seu próprio produtor e fonte de renda. Nesse sentido, é um humano de consumo, que produz à medida que consome, que produz sua própria satisfação. Objetivando a maximização da “própria produtividade”, passa-se para um cálculo econômico de outras áreas da vida, como educação e saúde. Nesse sentido, “cuidar de si” torna-se um dos aspectos do *homo economicus* neo-liberal.

Compreende-se a política de drogas, tanto o polo repressivo como assistencial, como inserida e constitutiva da biopolítica (Foucault, 1998; 2008a; 2008b). O dispositivo de drogas, diz Souza (2014), se insere na biopolítica pelo arcabouço do dispositivo de sexualidade, em que há uma produção de verdade sobre o corpo e uma produção dos meios de intervir e modificar condutas. Pelo dispositivo de sexualidade, o poder pastoral ligou-se à biopolítica, tendo o desejo como ponto de partida das tecnologias confessionais. Segundo o autor, o desenvolvimento da política de drogas estadunidense pode ser avaliado no contexto do desenvolvimento da política econômica liberal, que associou um discurso de não-intervenção estatal no mercado com intensificação da intervenção estatal sobre as condutas. Já para Vargas (2008), esse dispositivo cria o próprio fenômeno das drogas, um feito que paradoxalmente é tão reprimido quanto incitado. As propagandas e o mercado de drogas lícitas, recomendadas por médicos e farmacêuticos como medicamentos, ou mesmo recreativas como o álcool e o tabaco, não cessam e aumentam cada vez mais. Assim, há a produção constante e ininterrupta de discursos sobre o fenômeno e, conseqüentemente, um jogo discursivo de produção de verdades, que pressupõe uma série de disputas (Foucault, 1998; 2001; 2002).

Ao mesmo tempo, a política proibicionista de drogas também se liga ao dispositivo de delinquência, de modo que o usuário de drogas transita entre delinquente, louco e pervertido sexual (Souza, 2014). Assim, as drogas como geradoras de um prazer que enlouquece ou de uma loucura prazerosa, significam um usuário entregue plenamente aos desejos, incapaz de regular suas condutas. Não apenas isso, mas o desejo por estados alterados de consciência iria na contramão do desejo racional do consumo. E, mais ainda, dada a construção que elege o poder médico-farmacológico como detentor do monopólio legítimo da intoxicação, ministrar substâncias em si, sem o intermédio de especialistas, representaria um risco social por ferir o ideal biopolítico consagrado de defesa da população. Porque, como já apresentado, a questão de drogas é discursivamente construída enquanto um fenômeno epidemiológico – mesmo no caso de drogas com baixo potencial de dano – e seus usuários enquanto indivíduos perigosos.

Além disso, no cenário humano-econômico que estipula o cálculo do cuidado de si pelo governo de si, os usuários são vistos como incapazes desse feito. Tanto é que, no ano seguinte da Convenção de 1961, a Suprema Corte estadunidense profere a sentença unânime: “o toxicodependente não é livre para se governar sem ajuda exterior [...]”. (Escohotado, 1998, p. 132).

É precisamente nesse sentido que Max e Danziato (2015) afirmam que os usuários de drogas, o “alcoologista” e o “toxicômano”, emergem representando o avesso da construção social do *homo economicus* neoliberal, ao escapar da lógica da produtividade material e social. Contudo, olhar social ao usuário de substâncias lhe impõe certos estigmas de conduta, que serão “presumidas” pelo outro a partir da substância que se consome. Também é preciso considerar que a maior parte dos usuários de drogas não escapa das lógicas de produção e consumo, mas os “casos extremos” levarão à generalização dessa concepção.

Fundamentalmente, a partir da construção que se funda no fim do século XIX e toma corpo na década de 1970, a divisão entre drogas lícitas e ilícitas se baseará principalmente na população a que se busca perseguir a partir da perseguição da substância vinculada à essa população. E, de forma subjacente, seu potencial de assimilação pelo capital, pelos ideais do capitalismo e mais especificamente do neoliberalismo.

Além disso, como vimos, toda a demonização em volta de certas substâncias é atrelada a grupos étnicos que a consomem. Como demonstrado por Foucault (2005; 2008a), o governo biopolítico passa, necessariamente, por um racismo de Estado, em que certas populações são expostas sistematicamente à morte. Assim, as drogas legalizadas passam a servir como fio condutor que justifica essas ações pelo ideal de defesa da população geral. Nesse sentido, a política proibicionista internacional de drogas deve ser tomada como a cristalização da expansão neoliberal global, assimilada em todo o globo porque em cada território há parcelas populacionais que se deseja tirar de circulação, controlar, minar, em suma, seus poderes.

É nesse quadro que a proibição e inclusão de certas drogas na Lista 1, em 1971, se enquadra. A perseguição contra essas substâncias era a tradução da perseguição contra os grupos de contracultura que as utilizavam. Se considerarmos o neoliberalismo como um governo de técnicas de governo sutis que agem na conduta das condutas (Foucault, 2008b; Laval, 2020), perceberemos que a perseguição explícita contra certas populações é incongruente. Assim, o que se persegue e reprime é aquilo que “oferece risco” à população geral, ao modo de vida legitimado.

Como demonstra Escohotado (1998), as substâncias rigorosamente proibidas – aquelas da Lista 1 – careciam de tolerância e caráter aditivo e sua toxicidade é irrisória se comparada com outras. Além disso, essas substâncias eram cientificamente promissoras, não apenas no nível terapêutico, mas como potencialidade de melhor conhecer o sistema nervoso humano, enquanto as demais não eram nada além de sucedâneos melhores ou piores de cocaína e opiáceos.

Nessa esteira, após as duas grandes guerras, outra seria enunciada: a guerra às drogas (Carvalho, 2011). Em 1972, Richard Nixon, o então presidente dos Estados Unidos, declarou guerra às drogas. Como apresenta Rodrigues (2004b), o governo Nixon investiu em torno de 100 milhões de dólares em campanhas disseminadas em grandes meios de comunicação. Para o autor, a política estadunidense de guerra às drogas foi uma estratégia de política externa, distinguir países produtores de países consumidores, países-fonte, ou seja, agressores e países-alvo, vítimas. Apesar de toda a repressão, não se notam reduções no consumo e comércio de drogas. Como aponta Brandão (2017), tamanho insucesso faz com que as drogas sejam eleitas o maior inimigo do ocidente – interna e externamente – transferindo aos países periféricos a responsabilidade pelas drogas.

Já na década de 1980, os governos e meios de comunicação apresentam as drogas ilícitas como uma praga apocalíptica, principal responsável pela insegurança, e as legislações endureceram ainda mais as penalizações contra seu comércio e emprego (Escohotado, 1998). Como aponta Brandão (2017), aliado a esse recrudescimento, novas drogas apareceram como forma de maximizar os lucros bilionários do tráfico de drogas ilegalizadas, entre outros fatores. Assim, surgem drogas como o crack, MDMA e china white. “Verdadeiras filhas da proibição” (p. 109). Diferente das outras drogas, o crack foi inserido de forma peculiar nas periferias das cidades, como objeto bruto alternativo à cocaína (Max; Danziato, 2015).

Segundo Max e Danziato (2015), substâncias como o crack revelam os efeitos de subjetivação potenciais da introdução de um objeto nascido da união entre capitalismo e tecnociência no laço social sem referências simbólicas que norteassem seu consumo. Para os autores, entre o sujeito e o objeto droga existe um “tecido significante” intermediando as práticas de consumo, que funcionaria como baliza nos laços sociais, permitindo ao sujeito usar, mas não sucumbir à droga. Assim, a droga em seu estado bruto “desterritorializa” o corpo e *polis*, de modo a apagar os limites simbólicos do sujeito e do laço social.

Desse raciocínio é possível apreender pontos interessantes, mas é necessário olhá-lo com cautela. Isso porque os autores focam demais na droga em si, e desconsideram diversos fatores sociais que desencadeiam o uso abusivo e problemático da substância.

De fato, desde a colonização, os laços simbólicos que balizam o uso de certas substâncias foram dilacerados, como o tabaco e a coca. Com a capitalização das drogas, destruiu-se completamente os referenciais simbólicos que balizam o uso da maioria das substâncias¹⁷. A forma de produção e consumo de drogas, em linhas gerais ligadas, discursivamente, às populações específicas que visava-se perseguir, incriminar e isolar, também foi orientada à estrutura de produção e consumo capitalista, que transforma em mercadoria absolutamente tudo o que toca e objetiva a maximização dos lucros pelo incentivo ao consumo e produtividade radical (MARX, 1996). Isso não significa, entretanto, que não sejam construídos novos referenciais simbólicos para o uso de drogas. A análise de Becker (2008) sobre o consumo de maconha por músicos é um excelente exemplo disso. A questão, pois, é que no cenário capitalista-proibicionista, drogas como o crack são *criadas* e distribuídas, entre outras funções, objetivando acessar populações com menor potencial financeiro.

Como destaca Hart (2021), do ponto de vista farmacológico o crack não é mais danoso que a cocaína, já que são a mesma droga. A diferença é que o primeiro é um produto mais barato e de menor qualidade, inserido nas periferias. Nasce destinado à uma população já perseguida. O problema, então, não estaria na droga, mas na ruptura de laços sociais levada por uma estigmatização oriunda de uma discursividade que atrela as drogas à violência, desemprego e desumanidade. Assim, ao contrário do que pensam Max e Danziato (2015), o consumo dessa droga não levaria a uma “dessubjetivação”, mas a uma forma subjetivação.

Mas, nenhuma dessas questões importava para os legisladores estadunidenses. Em 1986, o congresso dos EUA aprovou uma legislação estabelecendo penalidades cem vezes mais severas para o tráfico de crack do que para o tráfico de cocaína. E, em 1988, essas penalidades foram estendidas a infratores primários e a pessoas que simplesmente portassem crack (Hart, 2021).

Nesse mesmo ano, ocorreu a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, em Viena. Essa Convenção confirmou e fortaleceu a política proibicionista-punitiva como forma central de enfrentamento do crime organizado (Ribeiro, 2013). Além disso, também elevou o tratamento punitivo para usuários, recomendando expressamente sua criminalização (Costa, 2019).

Como destaca Valois (2016), nos anos anteriores da proibição se criaram e fortaleceram grupos criminosos organizados, que lucraram intensamente com o comércio de

¹⁷ Com exceção de algumas drogas cerimoniais como a ayahuasca. Mas, mesmo nesse caso, o uso foi apropriado por outras culturas, perdendo, em partes, seus referenciais originais.

drogas legalizadas. Concomitantemente, foi forjado, de forma quase inquestionável, o pensamento difundido nos EUA de que apenas o combate, a guerra e a criminalização poderiam enfrentar o problema. Muitos juizes, promotores, policiais e diplomatas, em 1988, haviam nascido e crescido no ambiente da proibição, praticamente incapazes de pensar o mundo por outro ângulo.

De acordo com Rodrigues (2004a), contudo, a partir do anos 1980, a política de guerra às drogas, disseminada globalmente em moldes estadunidenses, passou a enfrentar resistências localizadas. Estados como Holanda e Suíça flexibilizaram suas leis antidrogas. A motivação para essas reformas legais foi oriunda de grupos de usuários organizados, como o *Junkiebond* holandeses, e de especialistas, cientistas sociais, psicólogos e médicos, que passaram a pregar medidas alternativas à penalização de usuários de substâncias ilegalizadas.

Mesmo nos EUA, prossegue o autor, comissões e conselhos de estudiosos iniciaram um processo de reavaliação das diretrizes de governo sobre o combate ao narcotráfico e o consumo de drogas proibidas. Assim, em 1996, o Conselho de Relações Exteriores organizou um encontro com a participação de profissionais e acadêmicos para criticar o rumo da política de drogas. A síntese dos itens discutidos trouxe como principal mensagem a necessidade de uma reforma no proibicionismo. Para esses especialistas, a tônica das iniciativas governamentais deveria ser direcionada para a demanda por drogas psicoativas, através de campanhas de orientação a jovens e apoio ao tratamento de quem desejasse se “desintoxicar”.

Mas, como já dito, inserido na biopolítica, o dispositivo de drogas (Souza, 2014; Vargas, 2008), incita tanto quanto reprime. Dessa forma, de um lado opera a política de guerra às drogas ilegalizadas, enquanto aquelas chanceladas pelo poder médico psiquiátrico são popularizadas e vendidas com base em propagandas intensivas. Dessa forma, as drogas legalizadas, chamadas de medicamentos, geraram nos EUA um grande problema: a crise dos opióides. Desde a segunda metade dos anos 1990, a venda desenfreada de opióides *com prescrição médica*, gerou um grande número de dependentes, gerando uma crise sem precedentes¹⁸. Assim, atualmente mais de 100 mil pessoas morrem por ano nos EUA devido ao uso excessivo de drogas, sendo que 75% dessas mortes, em 2022, envolveram algum tipo de opióide.¹⁹

¹⁸

Fonte: <https://www.brasildefato.com.br/2023/10/17/crise-dos-opioides-nos-eua-entre-a-guerra-as-drogas-e-a-reducao-de-danos#:~:text=Em%202013%2C%20veio%20o%20come%C3%A7o.em%20locais%20estrat%C3%A9gicos%20pelo%20tr%C3%A1fico>.

¹⁹

Fonte: <https://www.poder360.com.br/poder-saude/ crise-de-opioides-nos-eua-deriva-de-varios-fatores-diz-especialista/#:~:text=No%20total%2C%20mais%20de%20100,envolveu%20algum%20tipo%20de%20opioides>.

Ao longo dessa seção, objetivou-se demonstrar o papel assumido pelos EUA na política de drogas global. Desde seu princípio, a proibição e perseguição de certas substâncias liga-se tão mais a grupos que a consomem do que às substâncias em si. Além disso, toda a política de drogas é fortemente imbricada com, e orientada por, ideias e moral de uma parcela populacional branca e cristã. Em contexto histórico, a ideia de defesa da população foi sempre acionada como justificativa da perseguição às drogas. Mas não é difícil perceber que, no fundo, as substâncias se tornaram um dos fios condutores que justificam e orientam o controle social de certas populações, consideradas indesejadas ou perigosas por alguma razão.

Dessa forma, a figura do usuário tende a se constituir, em grande parte dos espaços, como avessa a figura do “cidadão normal”, trabalhador, preocupado e responsável. Nesse sentido, é justamente no cenário de estruturação do neoliberalismo que a política de combate às “drogas” se cristaliza e toma impulso de expansão generalizada. Mas, como a tendência dessas formas de governamentalidade é de atenuar seus fatores repressivos, agindo sobre a *produção* de vida e promoção da *autogestão dos indivíduos*, a face assistencial dessas políticas não tarda a aparecer, mesmo que, em certa medida, represente também formas de controle social. Nessa esteira, a próxima seção se dedica a analisar, brevemente, as formas de assistência a usuários de drogas nos EUA.

2.1.1. Cuidar do corpo, purificar o espírito: os tratamentos estadunidenses para usuários de álcool e outras drogas

Até o momento, foi apresentada a construção do polo repressivo da questão de drogas. Mas, como já pontuado, o biopoder é um poder insidioso, que conduz e normaliza na medida em que cuida e acolhe (Foucault, 2005; 2008a). Isso significa que, pensar o governo da população é, também, pensar na promoção de saúde e cuidado. Especialmente porque toda a construção a respeito das drogas, assim como seus usuários, as coloca numa posição discursiva de oferecimento de risco. Se as drogas, pois, são lidas em padrão epidemiológico, seus usuários passarão a ser percebidos como doentes. Nesse sentido, o objetivo dessa seção é compreender os tratamentos desprendidos a usuários de drogas no cenário estadunidense.

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, o que se desenvolvia nos EUA era o mesmo que na Europa: uma crescente intervenção do Estado sobre a disciplinarização do corpo e sobre a medicalização da população a partir de ideias de eugenia social e racial, através da higiene social e profilaxia moral. É importante ressaltar que o sentimento dos EUA a respeito dos “loucos” é relativamente indistinguível de seu homólogo inglês durante os períodos iniciais (Truong *et al.*, 2020). As primeiras instituições de atenção à “saúde mental” – a questão não era ainda tratada nesses termos – foram fundadas a partir dos *quakers*, em Filadélfia, Pennsylvania²⁰.

De acordo com Foucault (2002), os *quakers* são uma comunidade religiosa dissidente do anglicanismo que se forma na Inglaterra e prolifera a partir do século XVIII. Eles se organizavam para tentar suprimir os vícios e reformar as maneiras. Para o autor, essa vontade de fazer reinar a ordem era uma forma de escapar do poder político, cuja legislação penal era sanguinária, no sentido em que grande parte dos delitos poderiam resultar em pena de morte. Para escapar desse poder, os indivíduos se organizavam em sociedades de reforma moral: proibiam a embriaguez, a prostituição, o roubo, o jogo, entre outras coisas. Trata-se, assim, de grupos de autodefesa moral, que, entretanto, torna-se um instrumento de poder no início do século XIX.

Sabemos que a forma-prisão representa um arquétipo social, cristaliza a forma da governamentalidade liberal. De acordo com Foucault (2021), os *quakers* americanos foram a comunidade mais precoce e mais vigilante na organização dessa nova forma punitiva de prisão. Quando se instalaram na América, visavam escapar do código punitivo inglês, e

²⁰ Fonte: <https://www.nlm.nih.gov/hmd/topics/diseases-of-mind/timeline.html> Acesso em: 26/09/ 2024

elaborar um novo código penal em que não figurasse a pena de morte. Para esse grupo, o poder político não deveria ter outra razão de ser, senão exercer divisões morais: “o poder só estará adequado à sua verdadeira vocação se for apenas uma força de coerção moral” (p. 103).

O caráter central do mal em qualquer organização política, prossegue Foucault (2021), é um dos fundamentos *quaker* de política. Na concepção do grupo, pois, todos poderiam reencontrar deus, mas seriam necessárias duas condições: a retidão de um espírito não perturbado pelas paixões e imagens do mundo e o recolhimento. Deriva-se, disso, a organização da prisão na Filadélfia, também no século XVIII e por uma comunidade *quaker*. Um sistema de levar os prisioneiros ao esquecimento de seus antigos hábitos, pelo isolamento e conversas com um inspetor “preparado” para lidar com o mal do indivíduo e o reconduzir à “luz”.

Para o autor, é nesse momento que a moral cristã se imbrica com a prática judiciária, se estabelecendo por baixo, no último estágio do processo penal: prisão e punição. A confusão entre crime e pecado teve seu espaço de possibilidade na prisão, de modo que ocorreu a culpabilização do crime, cujo efeito se fez sentir em outros campos, como a criminologia e a psiquiatria. Dessa forma, aquilo que o hospital é para o corpo, a prisão seria para a alma. Mas a ligação intrínseca entre os manicômios/hospitais psiquiátricos e a prisão já foi discutida e, nessa esteira, muitas das patologias “descobertas” a partir de então são, também, desvios morais. Afinal, essas comunidades de supressão dos vícios são justamente as que oferecerão formas de atenção “diferentes” das estatais.

Segundo Henninger e Sung (2014), nos EUA sempre existiram esforços para “combater os efeitos negativos do abuso e dependência de substâncias na sociedade e na saúde” (p. 2257, tradução minha). Segundo os autores, o gradual envolvimento do Estado no planejamento e administração do tratamento dos usuários resultou no crescimento do uso da institucionalização e coerção para a adesão e manutenção do processo de recuperação. A partir do século XIX, nesse país, o álcool se tornou mais acessível à população geral, resultando em efeitos deletérios para a sociedade, especialmente para as famílias (White, 1998). O tratamento para uso de substâncias estadunidense, pois, começa com o álcool.

Nesse período, os usuários de álcool poderiam ser destinados a diferentes espaços. Indivíduos que fossem considerados “bêbados” eram frequentemente encarcerados em prisões locais (Rosenberg, 1995; White, 1998). Os hospitais eram uma opção para o cuidado

médico, porém tinham seu número limitado durante os séculos XVIII e XIX (Henninger; Sung, 2014). Além disso, destaca Rosenberg (1995), as *almshouses*²¹ e manicômios eram também destino dos alcoolistas.

Segundo White (1998), a descoberta dos efeitos colaterais físicos e consequências do uso crônico do álcool, assim como a ineficiência do direcionamento abstêmio durante o movimento de temperança, desempenharam o papel de impulsionar a institucionalização do tratamento para alcoolismo. A *American Association for the Cure of Inebriation*, proporcionou a primeira tentativa de profissionalização dos serviços de tratamento, argumentando que a dependência era uma doença que precisava ser tratada, e não um vício ou crime que deveria ser punido, apontam Henninger e Sung (2014). Nesse cenário, os “manicômios para ébrios” – *inebriate asylums* – grandes empresas privadas ou patrocinadas pelo Estado, eram instalações cujo foco era a prestação de cuidados médicos ao tratamento de alcoolistas. De acordo com os autores, a característica mais importante do tratamento institucional precoce era isolar os “embriagados” da sociedade para que não enfrentassem mais a tentação do álcool. Entretanto, a maioria dessas instituições desapareceu ou foi transformada para propósitos correccionais ou psiquiátricos ao longo dos anos de 1920.

Apesar dos serviços de tratamentos para dependência ficarem predominantemente na questão do álcool, a partir do século XIX surge o interesse no tratamento de outras drogas (White, 1998), que, como sabemos, eram legais nos EUA até o incremento do *Harrison Act*. Nesse sentido, na segunda metade desse século, uma grande variedade de tônicos e xaropes, que consistiam na mistura de álcool, ópio, morfina e cocaína, prometiam curar qualquer tipo de dependência, na privacidade do próprio lar, por uma fração do valor dos tratamentos institucionais.

Já no século XX, com a ascensão dos primeiros modelos proibicionistas, foi constatado que se o consumo de álcool pudesse ser prevenido, o problema social que necessitava de tratamento cessaria. Contudo, o abuso de álcool aumentou, enquanto as opções de assistência desapareceram. Para Henninger e Sung (2014), a ideia de que o alcoolismo era a doença que necessitava tratamento médico foi substituída pela crença de que a dependência era um lapso de caráter moral, que poderia ser curado com a proibição da embriaguez. Como resultado, apresenta White (1998), grupos religiosos, como *Salvation Army*, continuaram

²¹ Eram espaços em que pobres, doentes e indigentes poderiam buscar refúgio.

providenciando serviços de tratamento para alcoolistas, mas o tratamento institucional desapareceu completamente até o fim dos anos 1940.

Com o *Harrison Act*, o tratamento para uso e abuso de substâncias transicionou de um modelo de saúde pública para um modelo de justiça criminal. Segundo Henninger e Sung (2014), rapidamente após a criminalização das drogas, a detenção obrigatória de usuários de drogas começou. Muitas pessoas foram encaminhadas para hospitais psiquiátricos ou “colônias especiais” para tratamento obrigatório. Prisões e penitenciárias cereais também se encheram de dependentes que violaram o *Harrison Act*. Entre 1915 e 1929, o número de encarceramentos por drogas relatados cresceu de 63 para 1889. Durante a primeira metade do século XX os tratamentos para dependência eram experimentais, e eram aplicados para alcoolistas e usuários de drogas. Dentre eles constam métodos extremamente invasivos, como comas induzidos por insulina, eletroconvulsoterapia (ECT), terapia de aversão e lobotomia.

Como mencionado, os tratamentos para alcoolismo desapareceram durante a década de 1930, junto à proibição. Nesse contexto, passam a despontar iniciativas extra-estatais para lidar com a questão do uso de álcool e outras drogas. Influenciado pelos *quakers*, o ministro evangélico Frank Buchman funda, na década de 1920, o grupo de Oxford ou movimento de Oxford, uma instituição religiosa que objetivava a busca do renascimento espiritual dos cristãos pelo cuidado de todas as formas do sofrimento humano, e cuja assistência se direcionava, inclusive, para transtornos mentais e alcoolismo (De Leon, 2003). Dentre os princípios norteadores de sua atuação podem ser destacados a ética do trabalho, o cuidado mútuo e os valores evangélicos de pureza, altruísmo, amor e reconhecimento dos defeitos de caráter. Esse movimento é o precursor do mundialmente famoso Alcoólicos Anônimos (AA).

De acordo com Ignatowski (2019), o AA foi fundado nos EUA, em 1935, por William Wilson e Robert Smith, ambos considerados alcoolistas, com diversos problemas em suas vidas desencadeados pela bebida. Os dois passaram a trocar experiências sobre suas vidas e sobre o álcool e, nesse processo, perceberam que o intercâmbio de impressões entre eles contribuía para a abstinência. Embora nos primeiros anos AA consistisse em reuniões relativamente não estruturadas, Wilson e Smith logo começaram a se concentrar em tornar o grupo financeiramente independente com uma orientação ideológica (Henninger; Sung, 2014).

O que começou com seis princípios-guia, se tornou o programa de 12 passos do AA. Esses 12 passos sustentam uma lógica de reconhecimento da impotência individual frente ao

vício, cuja única resposta possível é a busca por ajuda em um poder superior, capaz de demolir os defeitos de caráter dos indivíduos (De Leon, 2003). Do AA, derivou-se o Narcóticos Anônimos (NA), durante a década de 1940. O NA é um programa idêntico ao AA, mas estendido aos usuários de drogas.

De acordo com De Leon (2003), o AA herdou do grupo de Oxford a prática da confissão aos pares, a busca por corrigir males causados e a certeza de que a mudança individual passa pela conversão à crença do grupo. Já em antítese ao seu precursor, o AA não exige a crença em um deus religioso. Para essa organização, os membros podem ter seu próprio conceito de poder superior, sem ser necessariamente o deus cristão, como era para a comunidade de Oxford.

Através de um intenso *advocacy*, o AA: convenceu hospitais locais que o alcoolismo poderia ser tratado; mostrou aos hospitais “como tratar” o alcoolismo; sugeriu que fossem estabelecidas enfermarias separadas para esse tipo de tratamento; sugeriu que essas alas fossem administradas por membros do AA; prometeu pagar os custos do tratamento de qualquer paciente encaminhado pelo AA (Henninger; Sung, 2014). De acordo com White (1998), o AA estendeu seu modelo de tratamento para instituições privadas, hospitais psiquiátricos e prisões.

No cenário do proibicionismo, enquanto opções de tratamento para alcoolistas não pararam de se desenvolver, os usuários de drogas viram minadas suas opções, tendo que buscar tratamento exclusivamente em hospitais psiquiátricos após o fechamento de “clínicas de morfina”, nos anos 1920, por, literalmente, não terem mais para onde ir (Henninger; Sung, 2014). Um ligeiro ressurgimento do tratamento medicamentoso ressurgiu em Nova York, durante os anos de 1950, em parte como resposta ao aumento de casos de uso de heroína entre jovens.

Segundo White (1998), os hospitais apresentavam resistência em tratar pessoas com sofrimento desencadeado pelo uso de drogas, assim, muitos indivíduos foram internados para o tratamento de desintoxicação de 28 dias na Ilha Penitenciária de Riker. A prática de desintoxicação correcional se manteve até ser banida no início de 1960. As opções de tratamento eram “sombrias”, mas a legislação de drogas e os métodos de tratamento se transformaram a partir desse período.

O “compromisso civil” voluntário e involuntário com instituições psiquiátricas, ou seja, a institucionalização por ordenamento de corte, foi estendido para usuários de drogas durante a década de 1960, como forma de garantir que essas pessoas fossem tratadas ao invés de encarceradas. A ideia era forçar os usuários a buscar um tratamento, que talvez não estivessem prontos para buscar por si, ao mesmo passo em que se preveniria a propagação do vício na comunidade (White, 1998).

Paralelamente a esses processos e a partir de uma dissidência do AA, surgiu a *Synanon*, a primeira experiência de comunidade terapêutica estruturada hierarquicamente. De acordo com Henninger e Sung (2014), a organização foi fundada em meados de 1958, na Califórnia, por Charles Dederich, que começou a organizar reuniões em sua casa durante sua experiência com diferentes métodos de grupos de recuperação de indivíduos que faziam uso de álcool e outras drogas. Os métodos deste grupo de recuperação “eram muitas vezes conflituosos, beirando o abuso verbal, e objetivando quebrar os mecanismos de defesa e as desculpas dos dependentes” (p. 2265, tradução minha). Sua experimentação levou à ideia de uma comunidade terapêutica, onde os usuários de drogas pudessem viver juntos ao longo do processo de recuperação. De acordo com Tinoco (2006), o nome da organização vem do inglês *Sins Anonymous*, Pecados Anônimos, em português.

Esse grupo amalgamou e remodelou características de vários outros programas, como o grupo de Oxford, no que se refere aos elementos morais e espirituais, e parte do princípio dos 12 passos do AA. Objetiva, além da sobriedade, a mudança no estilo de vida dos internos (De Leon, 2003). Em relação às outras comunidades, a *Synanon* se destacou pelo isolamento em residências fechadas e pela apresentação de seus membros, que usavam uniformes e tinham o cabelo raspado (Tinoco, 2006). No que se refere à relação disciplinar entre os indivíduos e a instituição, se desenvolveu uma tecnologia de aprendizagem social que perpassa toda a vida comunitária para o alcance de suas metas (De Leon, 2003).

A *Synanon* acabou por se tornar uma espécie de religião, um culto violento que chegou a desenvolver sua própria milícia (Tinoco, 2006). Apesar de seu fim bizarro, a organização iniciou um movimento em sentido de outras comunidades terapêuticas. Como destaca De Leon (2003), 500 comunidades terapêuticas que usavam as filosofias iniciais da *Synanon* operavam nos EUA, em 1975.

Essas novas comunidades terapêuticas focaram na recuperação dos usuários e manutenção da recuperação pelo ajuste do estilo de vida, relacionamentos e personalidade

dos indivíduos. Agressivos, confrontantes e por vezes humilhantes, os métodos de recuperação de grupo eram inseridos em um sistema hierárquico usado para motivar os pacientes a trabalharem para posições de alto *status* dentro da comunidade (De Leon, 2003).

De acordo com Henninger e Sung (2014), as comunidades terapêuticas evoluíram para um modelo que é empregado atualmente nos EUA. As residências se mantiveram similares, mas com períodos mais curtos de isolamento, e com métodos de tratamento que não são mais agressivos e humilhantes. Atualmente, diz De Leon (2003), as comunidades terapêuticas estão ligadas ao sistema de justiça criminal, sendo que muitas prisões e penitenciárias possuem comunidades terapêuticas operando dentro de seus muros.

Religiosidade, reforma moral e simbiose com os poderes médico-psiquiátrico e jurídico são a marca central dos modelos de atenção à usuários de drogas desenvolvidos nos EUA. De certo modo, todos esses grupos surgiram como forma de resistência às políticas de criminalização dos usuários. Mas, assim como os *quakers*, que influenciaram todos os modelos de alguma forma, começaram como auto-defesa, mas se tornaram instrumento de poder. Mais ainda, Richard Nixon, o presidente estadunidense que declarou guerra às drogas, foi criado em uma família *quaker* e sua mãe, Hannah Milhous Nixon, foi reconhecida como *santa quaker*²². Não é trivial, ainda, que essas formas de atenção tenham surgido durante a expansão do neoliberalismo, pois representam formas de cuidado que devem partir do indivíduo, opondo-se às formas de imposição estatal.

Como já apresentado, o neoliberalismo estadunidense é, antes de tudo, uma relação entre governo e governados. Nesse sentido, não demorou para que as filosofias desses grupos fossem assimiladas pelas tecnologias de governo e, em seguida, espalhadas pelo globo. Assim, o objeto desta seção foi apresentar as formas de cuidado estadunidenses para, em seguida, buscarmos compreender as influências desses modelos no cenário brasileiro. Nesse sentido, as próximas sessões se dedicam a compreender a questão de drogas no Brasil.

²² Fonte: <https://www.nixonfoundation.org>

2.2. Há quem sambe diferente em outras terras? A questão de drogas no Brasil

É um fato amplamente constatado na literatura a influência das Convenções, tratados e políticas internacionais e, por consequência, dos EUA na política de drogas brasileira. Mas, como já mencionado, apesar da absorção global das políticas proibicionistas, essa se desenvolveu em cada país seguindo suas particularidades. Nesse sentido, o objetivo dessa seção é explorar a política de drogas nacional, apresentando as influências das políticas estadunidenses e dos tratados internacionais mas, sobretudo, as especificidades brasileiras que levaram à sua cristalização.

Em termos gerais, a compreensão, aqui, se alinha à de Prado (2023), compreendendo os paradigmas manicomial e proibicionista como operadores da “guerra de raças” no país. Em outros termos, buscarei analisar como a biopolítica se faz valer do dispositivo de drogas como forma de exercício do racismo de Estado no gerenciamento populacional, perpassando aspectos eugenistas e higienistas para a construção da figura de um inimigo interno a ser combatido e de “incorrigíveis” a serem corrigidos (Aires, 2016).

As primeiras legislações brasileiras específicas objetivando o estabelecer restrições ao uso de drogas em âmbito federal surgem somente no século XX, acompanhando os movimentos internacionais. De acordo com Greco Filho (2009), houve, sim, legislações anteriores, mas tratavam-se de artigos isolados, como as Ordenações filipinas, de 1603, que dispunham, em seu título 89: “Que ninguém tenha em casa rosalgar, nem o venda, nem outro material tóxico”. Durante o século XIX, o mesmo se estabelece. No Código Criminal do Império do Brasil, em 1830, disciplinou-se tratar da polícia sanitária e da venda de substâncias medicinais e de medicamentos. Já no Código Penal de 1890, considerou-se crime “expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem formalidades previstas nos regulamentos sanitários”.

De acordo com Prado (2023), esse último Código Penal visava extirpar a feitiçaria, atrelada à religiosidade negra como prática leiga, indevida e clandestina através da institucionalização da medicina como operador exclusivo das práticas terapêuticas. Como dito antes, as primeiras formas de consumo da maconha foram introduzidas no país pelos negros escravizados a partir de 1549 (Carlini, 2006). A planta, portanto, representava aspectos intrínsecos da cultura e resistência negra, e não tardou a ser atrelada a aspectos negativos atribuídos a essa população com o andamento das políticas, práticas e ciências racializantes nacionais. O negro é considerado especialmente pior que o indígena e o asiático, sendo essa uma particularidade do caso brasileiro que o distingue do racismo institucional e

científico. Nesse sentido, o negro enquanto objeto científico é tido como portador de características patologizantes e contaminadoras, sendo definido como indivíduo perigoso, como negativo do ideal civilizatório e do projeto de nação moderna em curso nesse período (Góes²³ *apud* Prado, 2023).

Destarte, os trabalhos médico-psiquiátricos de Raimundo Nina Rodrigues e sua escola são considerados o marco fundador do recorte médico do racismo científico brasileiro (Schucman; Martins, 2017). Foi justamente a partir de seus trabalhos e, que a versão jurídica de 1890 encontrou eco em formas de controle mais sofisticadas, que tomam o negro como doente ou anormal, objetivando combater a libertinagem e feitiçaria em conjunto a outros fenômenos do transe e da possessão, como se fossem histeria e, a partir disso, tentar instituir os vínculos entre lesões orgânicas, sífilis, alcoolismo e doenças contagiosas como determinantes de doença mental (MacRae, 2008). Nesse sentido, é importante ressaltar que os processos de controle populacional descritos na seção 1 também se encontram presentes no Brasil, mas voltaremos a isso adiante.

Os discípulos de Nina, como Arthur Ramos e Rodrigues Dória, dão continuidade à sua obra a partir de diferentes viéses, mas mantendo o fator racial como atributo negativo do negro no país. Segundo Prado (2023), o modelo racial de Nina Rodrigues, de obliteração do negro em função das hierarquias e da normalização da sociedade, é tensionado como o modelo culturalista de mestiçagem de Arthur Ramos, cujas ideias se emparelham na antropologia com Gilberto Freyre e sua noção de democracia racial. Rodrigues Dória, por sua vez, intervém politicamente, com a implementação de manicômios judiciais na perseguição de negros brasileiros usuários de maconha (MacRae, 2017).

Dória (1958²⁴ *apud* Prado 2023), retoma a literatura estrangeira acerca do uso de *haxixe*²⁵ entre populações africanas relacionando a maconha com a psicogênese de alucinações, delírios furiosos, agitação e agressividade, enaltecendo a alienação mental como um dos estágios finais de seu uso crônico. Assim, seu racismo eugênico toma o uso da maconha como um comportamento gerador de entorpecimento, loucura, brutalidade, fetichismo, intemperança e, sobretudo, o vício, a compulsão e a degeneração mental e moral “típicos dos negros”, “característicos de sua ignorância” e da “propensão ao crime” da “raça

²³ Góes, W. L. (2018). Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: A proposta de povo em Renato Kehl. *Liber Ars*.

²⁴ Dória, R. (1958). *Os fumadores de maconha: Efeitos e males do vício* (2a ed.). Ministério da Saúde.

²⁵ Uma forma de extração da maconha, em que se reduz a quantidade de matéria orgânica em detrimento do aumento da concentração de seus princípios ativos.

preta, selvagem e ignorante, reistentes mas intemperantes” (Dória, 1958, p.16 *apud* Prado, 2023).

Destarte, em 1915, Dória participa do II Congresso Científico Pan Americano, em Washington, e apresenta a maconha como “vingança dos negros contra os brancos e, portanto, um risco ao projeto civilizatorio” (Prado, 2023, p. 10). No mesmo ano, é promulgado o Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, que incorpora as recomendações internacionais de restrição ao uso de opiáceos. Apesar de ter se comprometido com o tratado de Haia, o Brasil nunca o fez efetivamente (Rodrigues, 2002). Segundo Carvalho (2011), com o fim da Primeira Guerra, retomaram-se as Convenções. Assim, em 1921, o presidente Epitácio Pessoa sancionou a primeira lei específica de drogas brasileira: o Decreto nº 4294, de seis de julho de 1921. Composto de 13 artigos o decreto estabeleceu, entre outras coisas:

[...] penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cêra um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool e substâncias venenosas [...] ²⁶ (*sic*)

O decreto penalizava com multa aqueles que vendessem, expusessem à venda ou ministrassem “substâncias venenosas” sem legítima autorização e sem formalidades prescritas nos regulamentos sanitários. Caso essas substâncias contivessem algum tipo de “qualidade entorpecente”, a pena se alterava para prisão de um a quatro anos. Já em relação ao álcool, penalizava aqueles que se apresentassem em público em estado de embriaguez que cause escândalo, desordem ou pusesse em risco a segurança própria ou alheia.

De acordo com Ignatowski (2019) e Carvalho (2011), a influência do proibicionismo EUA do começo do século XX, com seu arcabouço moral abstermido, se fez sentir no Brasil com o aparecimento de grupos como a *Liga contra o Álcool*, composta por médicos higienistas, e a *União pró-temperança*. Entretanto, destaca Torcato (2016), esses grupos não tiveram tanto sucesso quanto os de mesmo cunho atuantes nos EUA, já que os latifundiários que lucravam com a cana de açúcar – e conseqüentemente com a cachaça – exerciam forte pressão política e econômica. Mas, e mais importante, na medida em que os negros eram vistos como inferiores, eram considerados incapazes de exercer autocondução. Assim, eram deixados de fora dos dispositivos de conduta das condutas.

Segundo Ignatowski (2019), dois elementos devem ser destacados por sua relevância na conjuntura política e social brasileira, de onde emergiram as normas dirigidas à repressão

²⁶ Fonte:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>

do uso de substâncias ao longo do século XX: o moralismo cristão e a medicina higienista. Segundo Chalhoub (1996), o movimento higienista surge no país intimamente ligado à ideia de periculosidade atribuída às classes pobres. Os perigos oriundos dos pobres, além dos que se relacionam à organização do trabalho e manutenção da ordem pública, eram relativos à saúde da população. Devido a seus hábitos considerados viciosos e pelo não-trabalho, ofereciam, ao mesmo tempo, risco de contágio relacionado a um aspecto moral e social e a um aspecto biológico. Esse aspecto somou-se aos componentes racistas anteriormente descritos. Além disso, se apresenta como símbolo de evolução moral dos mestiços que se afastam da matriz cultural negra, exercendo-se como forma de conduta das condutas.

Mas é importante ressaltar, assim como Prado (2023), que o Brasil não somente adota o modelo médico e jurídico proibicionista para suas políticas públicas, como se torna um importante ator do fomento da causa no cenário internacional. Assim, Jarbas Pernambuco defende, na segunda Conferência do Ópio de 1924, junto ao delegado egípcio, a inclusão da maconha no rol dos venenos a serem proibidos, considerando-a mais perigosa que o ópio (Carlini, 2006). Destarte, o Brasil tem uma lei pioneira de proibição da maconha, antecedendo até mesmo os EUA, através do Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932, que inclui a maconha dentre as substâncias entorpecentes cuja posse, emprego, armazenamento e comércio são criminalizados (Saad, 2019). É possível afirmar, pois, que o empenho na proibição da maconha configura uma resposta política ao problema do negro no pós-abolição (Prado, 2023).

De acordo com Carlini (2006), foi durante a década de 1930 que a repressão ao uso da maconha ganhou força no Brasil. Mas, em linhas gerais, isso se deu também com outras substâncias. O proibicionismo brasileiro integra um projeto político de modernização que ganha corpo teórico e conteúdo empírico com o higienismo eugenista (Saad, 2019). Como destaca Prado (2023), a eugenia é identificada como o que é saudável, penetrando as leis e instituições sociais e culturais do Estado Novo.

Em abril de 1936, pelo Decreto nº 780, é criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), ligada ao Ministério de Relações Exteriores. Note-se que esse fato explicita a circulação internacional dos saberes no âmbito da política de drogas: A comissão vincula-se ao Ministério das relações Exteriores, não ao Ministério da Saúde ou outros órgãos diretamente ligados a questões de política interna. O decreto, por sua vez, se justificava pelo entendimento de que cabia “à União, aos Estados e aos municípios cuidar da hygiene mental

e incentivar a luta contra os venenos sociais”²⁷ (*sic*). Com a criação da CNFE, foram criadas, também, as comissões estaduais, uma estrutura que é “provavelmente o embrião de um projeto da política nacional brasileira sobre drogas” (Carvalho, 2011, p. 10).

Assim, diz Ignatowski (2019), o higienismo se compôs com a medicina social em funcionamento nas grandes cidades do Brasil, a fim de organizá-las de acordo com uma racionalidade médico-científica que comportava ideais classistas e racistas para a gestão da população. Destarte, com isso foi tornada possível a vinculação do uso de drogas às populações marginalizadas e pobres e, conseqüentemente, a incidência da repressão estatal sobre esse contingente.

Já no ano de 1938, promulgou-se, pelo Decreto n° 2.994, de 17 de agosto, a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas, criada pela conferência de Genebra de 1936. Em novembro desse mesmo ano, o Decreto-Lei n° 891 estabeleceu a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, objetivando “dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes”²⁸. A lei estabeleceu quais substâncias eram consideradas entorpecentes, relacionando-as em um vasto rol. E, além disso, pela primeira vez, proíbe o plantio, o tráfico e o consumo dessas substâncias. Outra novidade trazida pelo Decreto-Lei é a internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas como direito exercitável pelo Estado. Cabe, aqui, a transcrição de alguns artigos dessa lei:

Artigo 27

A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Artigo 28

Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Artigo 29

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou **for conveniente à ordem pública**. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

²⁷

Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D0780impresao.htm#:~:text=DECRETO%20No%20780%2C%20DE%2028%20DE%20ABRIL%20DE%201936&text=Considerando%20a%20necessidade%20de%20atribuir,internacionaes%20da%20Liga%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es.

²⁸ Fonte:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacao-original-1-pe.html>

§ 2º A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguintes casos:

- a) condenação por embriaguez habitual;
- b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimento do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei. (Grifos meus)

Apesar da inovação, traduzida pela medida restritiva de liberdade, modalidades de internação extremamente semelhantes já estavam previstas no Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Esse decreto “Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”²⁹ (*sic*). Nesse sentido, define que:

Art. 7º Os estabelecimentos psiquiátricos públicos dividir-se-ão, quando ao regimen, em abertos, fechados e mixtos.

[...]

§ 2º O estabelecimento fechado, ou a parte fechada do estabelecimento mixto, acolherá:

- a) os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou **indivíduos suspeitos**, quando não possam ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos, ou os que, por suas reações perigosas, não devam, permanecer em serviços abertos;
- b) **os toxicómanos e intoxicados habituais e os psicopatas ou indivíduos suspeitos cuja internação for determinada por ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar, com a nota de detidos ou à disposição de autoridade judiciária.**

[...]

Art. 11. A internação de psicopatas toxicómanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) **por ordem judicial ou a requisição de autoridade policial;**
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do conjuge, pai ou filho ou *parente até o 4º grau inclusive*, e, na sua falta, pelo curador, tutor, **diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe do dispensário psiquiátrico ou ainda por algum interessado**, declarando a natureza das suas relações com o doente e as razões determinantes da sua solicitação. (*sic*, grifos meus).

Em suma, é possível observar o estabelecimento de um dispositivo de controle populacional que perpassa a vigilância capilarizada de indivíduos desviantes. É, portanto, um aparato biopolítico (Foucault, 1988; 2008a), que se desenvolve sob a premissa da gestão dos riscos oferecidos pela população pobre e racializada, mas opera em função do cuidado,

mesmo que esse cuidado se traduza no isolamento e na retirada da circulação, nas cidades, desses desviantes. Em que pese as péssimas condições e violências exercidas no interior das instituições psiquiátricas, a governamentalidade ainda se exerce pela função discursiva do cuidado.

Mas, assim como nos EUA, e em outros países do globo, por suposto, a criminalização de determinadas substâncias em função da saúde e segurança pública, mascara a criminalização de certas populações, legitimando intervenções sobre elas, numa guerra contínua que se faz sob a forma oficial da paz: uma guerra de raças (Prado, 2023). Isso porque, como apresenta Foucault (2005), a biopolítica moderna toma a política como continuação da guerra por outros meios. Enquanto controle sutil e poder produtivo, criam-se, incessantemente, discursos que incitam ao mesmo tempo que constroem, relacionando a substância a comportamentos éticos e sociais condenáveis pelo normal, enquanto atribui, aqueles legitimados por saberes-poderes, um *status* de normal.

Esse processo é típico do dispositivo de sexualidade (Foucault, 1998), e também do dispositivo de drogas (Caponi, 2014; Vargas, 2008), uma vez que estão intimamente interligados. Assim, aponta (Santos, 2016), durante a década de 1940, proliferaram propagandas de psicotrópicos chancelados pelo poder médico-psiquiátrico, que invadiram o mercado nacional em razão da expansão da indústria farmacêutica internacional. E, na década de 1950, as transmissões televisivas exaltavam propagandas mais complexas e dinâmicas, com a proliferação de antibióticos, antidepressivos e ansiolíticos. Mas, posteriormente proibidas de anunciar esses produtos, a indústria concentrou esforços mercadológicos nos médicos, que receitam os medicamentos “melhor vendidos” pela indústria. Ou seja, a questão do uso de drogas não se afeta com a proibição ou regulação, mas passam a ser divididas entre aquelas positivadas, no caso do consumo de drogas lícitas, e negativas, no consumo de drogas legalizadas.

Mas, o polo negativo do consumo de substâncias, historicamente, está atrelado à população a que se liga o consumo. Nesse sentido, enquanto propaganda e consumo de drogas aceitas pelo poder médico-psiquiátrico não cessou de se expandir, os discursos a respeito da maconha a negativaram, atrelando-a, sempre, à população negra. Como exemplo, temos a publicação de Luís Alípio Barros e José de Medeiros (2008 [1947]), na revista *O Cruzeiro*, em fevereiro de 1946, intitulada “Maconha, a planta do diabo”, em que apontam para os perigos, biológicos e sociais, do “fumo de Angola”, associando seus problemas e produção às regiões Norte e Nordeste do país, região com maior preponderância indígena e negra (Prado, 2023).

Contudo, na década de 1960, especialmente a partir do golpe cívico-empresarial-militar de 1964, a discursividade a respeito da questão toma “repressão” como terminologia usual, com a Guerra Fria justificando o aumento do aparato repressivo (Carvalho, 2011). Antes do golpe, aponta Carvalho (2011), os dependentes, experimentadores e usuários não eram criminalizados. Aplicava-se um sistema “médico-policial”. Os casos “mais graves”³⁰ eram internados compulsoriamente e tratados por doses gradativamente menores da droga e pela privação progressiva, com as altas se assemelhando a alvarás de soltura (Pedrinha, 2008). Destarte, o modelo de política criminal de drogas se inverte: passa de sanitário para bélico (Batista, 1997). Associando-se, pois, o uso de substâncias psicoativas à subversão, como parte de uma estratégia comunista (Malaguti, 1996), objetivando corromper a moral da civilização ocidental (Pedrinha, 2008).

Nesse momento, portanto, a biopolítica – de drogas – toma a forma de necropolítica baseada no racismo de Estado, que justifica o direito de matar os considerados inferiores em nome da vida dos “superiores” (Foucault, 2008a; 2005). Assim, há a eliminação de certos grupos em favor da “segurança” dos considerados normais.

É válido lembrar que, nesse período, despontava nos EUA a “revolução psicodélica” (Escotado, 1998) e os movimentos de contracultura tratados anteriormente. Esses movimentos de contestação, aponta Brandão (2017), também reuniam adeptos no Brasil, e o consumo de maconha e LSD aumentava nas décadas de 1950 e 1960, ganhando espaço público e visibilidade concomitantemente às manifestações que reivindicavam mais liberdade. Assim, menos de cinco meses após o golpe cívico-empresarial-militar, a Convenção de Nova York, de 1961, é aprovada e promulgada pelo Decreto nº 54.216 de 1964.

Não é novidade o alinhamento dos Estados autoritários latino-americanos aos ideais estadunidenses, especialmente relacionada à questão neoliberal³¹, haja vista a influência direta desse país nos golpes de Estado dos países do Sul no século XX. Não é surpreendente, pois, que o Brasil se alinhe aos EUA na perseguição do uso de substâncias intimamente entrelaçadas a aspectos de raça e classe no Brasil, consideradas opositoras aos ideais de produção e consumo neoliberal. Isso não quer dizer que as políticas de Estado brasileiras na época se apresentassem concretamente como neoliberais, visto se tratar de governos

³⁰ Há de se notar que a internação dos loucos e usuários de álcool e outras drogas se inserem em uma atmosfera nebulosa. Como apresentado no Decreto nº 24.559, de 1934, e no Decreto-Lei nº 891 de 1938, as internações poderiam ser solicitadas por diversos atores, com justificativas genéricas e, no mínimo, suspeitas.

³¹ Como destaca Laval (2020), o golpe de Estado dado por Pinochet, no Chile, em 1973, instala no poder os *Chicago Boys*. Em 1974 e em 1976, Hayek e Friedman, respectivamente, recebem o “prêmio Nobel de economia”, ambos admiradores da política econômica do ditador chileno.

autoritários. Mas, o alinhamento aos ideais estadunidenses aliado aos processos de globalização, fomentam cognitivamente processos de subjetivação inseridos em configurações neoliberais.

Ainda no ano de 1964, a Lei nº 4.483, de 16 de novembro, que reorganizou o Departamento Federal de Segurança Pública, criou o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes (SRTE). Em 1968, explicita Brandão (2017), ao contrário do disposto na Convenção Única sobre Entorpecentes, o Decreto-Lei nº 385, modificou o artigo 281 do Código Penal para criminalizar o usuário com pena idêntica à do traficante.

Na década seguinte, o SRTE, funcionando segundo a Doutrina de Segurança Nacional, e associada ao desenvolvimento tecnológico, possibilitou o desencadeamento de uma política de repressão integrada ao projeto transnacional de “guerra às drogas” (Carvalho, 2011). Segundo Ignatowski (2019), nos anos que seguiram o golpe ocorreu um grande direcionamento de forças para o combate, repressivo e armado, de inimigos internos, figura persistente na política oficial brasileira, visto ser dotada de plasticidade e mutável de acordo com as injunções políticas para substituir a palavra “inimigo” pelos indesejáveis do momento.

Já em 1976, aponta Carvalho (2011), é sancionada pelo então presidente Ernesto Geisel, a Lei nº 6.368 prevendo a criação de um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão. Tratava-se, na prática, de cumprir as convenções de Viena – 1971 – e Genebra – 1961. De acordo com Brandão (2017), realiza-se de vez a independência da legislação proibicionista, revogando o artigo 281 do Código Penal. Nesse sentido, prossegue o autor, preserva-se o discurso médico-sanitarista, retornando a separação entre o consumidor-doente e o traficante-criminoso. A esse último será imputado o papel político de inimigo interno, justificando, assim, o aumento na pena prevista para tráfico e seus posteriores recrudescimentos.

Mas a separação entre usuário e traficante não significou a descriminalização do primeiro. O artigo 16 desta Lei previa o crime de porte de drogas para uso pessoal, não punindo o uso de drogas em si, mas as condutas de “adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente [...]”³². Já em seu artigo 10, prevê a internação compulsória dos usuários, mesmo sem incorrer nos delitos citados, bastando estar envolvido com algum uso de droga ilegalizada. Para Brandão (2017), além de obliterar a

³² Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm

voluntariedade, um dos principais pilares do tratamento, amplia a intervenção estatal e aproxima o sistema de saúde do sistema policial repressivo.

Assim, criminaliza-se a dependência, já que o Estado é incumbido de intervir na vida do usuário a fim de impedir supostos crimes futuros. A partir de toda a supracitada construção que atrela o consumo de substâncias a populações “perigosas” e suas “condutas criminosas”, as drogas operam como fio condutor que permite o governo de populações específicas, uma espécie de aplicação da teoria das “janelas quebradas” (Kelling, 1996) em que o delito de drogas seria a “porta de entrada” para crimes mais severos, caso a conduta não fosse corrigida em seu princípio.

A atuação do Estado em relação às drogas evoluiu muito no Brasil durante os regimes de exceção, e não esmoreceu após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988 (Ignatowski, 2019). Esse fato pode ser interpretado dentro daquilo que Pinheiro (1991) identificou como “autoritarismo socialmente implantado”, que refere-se à interiorização dos métodos impostos à força por grupos de poder em regimes anteriores, se expressando através de microdespotismos cotidianos responsáveis pela perpetuação da violência no próprio regime democrático, de forma que se estabelece um paradoxo. Nesse sentido, a política de drogas corresponde à permanência dos “entulhos autoritários”, que foram herdados de antigos regimes de exceção e violência anteriores.

Segundo Brandão (2017), apesar de ser promulgada com os ares da redemocratização rompendo com o autoritarismo ditatorial, a CF intensificou o caráter bélico e intransigente do combate às drogas. Em tal contexto, com a Lei nº 8.072 de 1990, o tráfico de drogas é incluído no rol de crimes hediondos, ao lado do terrorismo e prática de tortura. É importante destacar que é na década de 1990 que o crack chega, e se populariza no país, concomitantemente a consolidação do domínio territorial de grupos armados ligados ao comércio de drogas ilegais. Como ilustrativo, há o relato de Varella (2005), que foi aplaudido pelos detentos do Carandiru após recomendar que fumassem a cocaína ao invés de injetá-la, como forma de prevenir o alastramento da AIDS dentro do presídio:

Na época, esta última mensagem sobre a cocaína injetável foi dada assim porque me parecia ridículo, naquele ambiente, repetir slogans ingênuos do tipo “diga não às drogas”. A razão de tantos aplausos, no entanto, eu só compreenderia com toda profundidade bem depois, quando ficou claro que o crack varreria a cocaína injetável da cadeia (Varella, 2005, p. 58).

Como já apresentado, o crack é uma versão mais “bruta”, impura e, sobretudo, barata da cocaína. Essa droga já nasce destinada a consumidores de classes mais pobres, visto que aqueles com dinheiro consomem cocaína. Dessa forma, seus usuários, que por vezes já

iniciam o consumo estando em situações de vulnerabilidade econômica e social, passam a ser vistos como ainda mais problemáticos e perigosos, representando um verdadeiro risco epidêmico em termos biológicos, sociais e securitários.

Nesse mesmo período, nasce a *cracolândia*, um reduto a céu no centro da cidade de São Paulo habitado por pessoas em situações de extrema vulnerabilidade e que, por vezes, são – ou tornam-se – usuários de drogas. A questão da *cracolândia* e as intervenções policiais, jurídicas e sanitárias perduram até hoje. Sendo justamente o medo da “epidemia” das drogas e dos “perigos” dos usuários a energia motriz das políticas militarizadas de drogas, que mesmo em seu polo de cuidado tendem a se apresentar com elementos vinculados a perspectivas punitivistas. Além disso, a questão do crack atualiza e legitima a necropolítica, visando o extermínio dos comerciantes da droga e as intervenções de seus usuários, em favor da segurança e, agora, em um cenário neoliberalização, da liberdade, especialmente relacionada a circulação dos “cidadãos de bem” e seus bens. Tanto é, que desde 1997, inúmeras ações, frustradas, foram promovidas pela União, estado e município visando a dispersão dos ocupantes da *cracolândia* (Alves; Pereira, 2021).

De acordo com Brandão (2017), em 1996 é lançado o Programa de Ação Nacional Antidrogas (PANAD), que buscava, ao menos discursivamente, reprimir o tráfico, auxiliar os dependentes e cooperar internacionalmente. Nesse momento, foram feitas muitas propostas a fim de reformar a já defasada Lei nº 6.368/76, que iam desde a descriminalização até o recrudescimento penal. A partir disso nasce a Lei nº 10.409 de 2002, que retirava a pena de privação de liberdade do crime de porte para uso pessoal, também aplicando os benefícios da Lei nº 9.099/95, a Lei dos Juizados Especiais. Entretanto, o então presidente Fernando Henrique Cardoso vetou parte da lei referente aos delitos e a penas. Assim, aliada à Lei nº 9.034/05, a Lei do Crime Organizado, compõem o panorama de repressão às organizações criminosas responsáveis pelo tráfico.

No ano de 2006, foi promulgada, por um governo mais progressista, a Lei Federal nº 11.343, a Lei de Drogas (LD), vigente até os dias de hoje. A LD objetivou oferecer mecanismos de arrefecimento para os usuários de drogas, abolindo a pena de privação de liberdade e multa, inserindo-os na esfera da saúde. Ao mesmo tempo, a lei recrudesciu as penas para o tráfico. Destarte, atrelou dois modelos de controle social: um de caráter punitivo e criminalizador, dirigido aos comerciantes de drogas legalizadas; e o outro de caráter médico-social-preventivo, voltado aos usuários (Campos, 2015).

De acordo Júnior e Araújo (2016), a LD possui 75 artigos, sendo que apenas nove deles – do 18 ao 26 – tratam da prevenção, atenção e reinserção social dos usuários. Em

contrapartida, 38 artigos – dos 27 aos 64 – tratam dos crimes, penas, procedimento penal, apreensão e destinação dos bens do acusado. Para os autores, esse fato releva, ou reforça, a ideia de que a questão é tratada mais por uma via repressiva e condenatória, do que focada no cuidado e redução de danos (RD).

Campos (2015), a partir de sua pesquisa, revela que, com essa lei, há rejeição dos usuários de drogas pelo sistema de saúde, e aumento das prisões por tráfico de drogas em detrimento da incriminação por uso de drogas. Assim, ao final de 2009, 87,5% do total de pessoas incriminadas por delitos previstos na LD foram enquadradas como traficantes – artigo 33 –, enquanto apenas 12,5% foram incriminados como usuários de drogas. Para o autor, a LD pode ser representada pela metáfora do copo, que preenchidos de água até a metade está, ao mesmo tempo, meio cheio e meio vazio. Uma metade representaria a dimensão médica, a outra, a criminal. Assim, teríamos uma política de drogas feita pela metade: um copo meio vazio de médico e meio cheio de prisão.

O aumento das prisões por tráfico a partir da LD pode ser explicado pela falta de critérios objetivos para a diferenciação de usuários e traficantes. No artigo 28 lê-se:

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.³³

Todos os aspectos que determinam em qual categoria o indivíduo seria inserido perpassam uma interpretação subjetiva do juiz, que via de regra, baseia-se no depoimento dos policiais que realizaram a abordagem e apreensão. Não surpreende, portanto, que a tipificação criminal esbarre e se oriente por questões de cor/raça, idade, gênero e territorialidade do indivíduo a ser julgado. O resultado? Das pessoas criminalizadas como traficantes, 68% são negros, 86% homens, 72% jovens com idade até 30 anos, e 67% com baixa escolaridade, não tendo concluído o ciclo básico de educação (IPEA, 2023).

Nesse sentido, Sinhoretto, Zilli e Couto (2024) analisaram, em perspectiva comparativa, duas extensas bases de dados sobre prisões em flagrante para crimes de drogas, realizadas entre 2013 e 2017, nas cidades de São Paulo (SP) e Belo Horizonte (BH) (MG). Os autores apontam que, em São Paulo, 94% das ocorrências de drogas registradas no período foram classificadas como tráfico; enquanto em BH esse percentual foi de 64%. Além disso, em ambas as capitais, negros possuem três vezes mais chances de serem presos por crimes de drogas do que não negros. Outros fatores como sexo, idade e território também influem no

³³ Fonte: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

direcionamento e efetivação das ações repressivas, mas a dimensão de cor/raça se mostra mais decisiva, inclusive em relação à variação da tipificação criminal.

Justamente a partir desse cenário de seletividade do aparato repressivo, em que populações pobres e racializadas são majoritariamente criminalizadas, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, em 2024, através da votação do Recurso Extraordinário (RE) 635.659, pela descriminalização da conduta do uso de maconha. Na prática, foram estabelecidos critérios objetivos para a presunção da tipificação da conduta do uso da droga, a saber: 40 gramas ou seis plantas fêmeas. Friso que se trata de uma *presunção*, mesmo com essa decisão o local, as condições do desenvolvimento da ação, às circunstâncias, conduta e antecedentes do agente ainda serão levadas em consideração. Mas essa questão será aprofundada em uma próxima seção.

Assim, essa seção teve como objetivo central apresentar o desenvolvimento das políticas de drogas no país. Apesar da notável influência estadunidense, traduzida pela adesão às convenções e tratados internacionais sobre o tema, é preciso não perder de vista que o proibicionismo brasileiro se desenvolveu a partir de particularidades e dinâmicas internas, notadamente orientado por discursos e práticas de teor racionalizante. Além disso, o Brasil também exerceu protagonismo nos debates internacionais sobre drogas, especialmente no que se refere à maconha.

Em linhas gerais, há de se notar que as políticas proibicionistas de drogas ligam-se intimamente à uma razão de governo liberal. Isso ocorre devido ao consumo de substâncias ser atrelado a certas etnias. A partir disso, observa-se um fio condutor de uma perseguição “indireta” à esses grupos, que se justifica pelo discurso de promoção de segurança, tanto a nível biológico como social, da população, que seria ameaçada pelos riscos oriundos do consumo – tratado como epidêmico – dessas substâncias e pelo comportamento de seus usuários, tomado como um risco constante. Assim, o racismo de Estado, que hierarquiza os grupos populacionais, pode ser legitimamente exercido em função dos ideais de higiene, segurança e liberdade.

Como demonstra Furtado (2000), os economistas brasileiros, a partir do visconde de Cairu – 1756-1835 –, mostraram-se mais fiéis a Adam Smith que os ingleses e os estadunidenses. Os últimos, sob influência de Alexander Hamilton, o “pai fundador” dos EUA, souberam dosar livre comércio e protecionismo industrial conforme lhes convinha. Ao comparar as ideias de Cairu e Hamilton, que para ele eram os principais representantes das ideias da classe dominante, expressa:

Ambos são discípulos de Adam Smith, cujas ideias absorveram diretamente e na mesma época na Inglaterra. Sem embargo, enquanto Hamilton se transforma em paladino da industrialização [...] Cairu crê supersticiosamente na mão invisível e repete: *deixai fazer, deixai passar, deixai vender* (Furtado, 2000, p. 106-107, grifo do autor).

A “crença supersticiosa” de Cairu na mão invisível se explica pela peculiaridade do liberalismo brasileiro. De acordo com Bosi (1988), no Brasil, durante o século XIX, após a independência, coexistiram duas vertentes de liberais: os “progressistas”, que defendiam a abolição da escravidão como parte de uma ampla transformação da sociedade brasileira; e os chamados conservadores, a que Cairu vinculava-se, ligados aos grandes proprietários rurais, comerciantes e elite econômica, favoráveis à manutenção da escravidão. No Brasil, liberalismo e escravidão se ataram. A liberdade dos portos, do comércio, da circulação de pessoas e produtos, esteve intimamente ligada à escravidão.

Nesse sentido, a governamentalidade que passava a despontar não se ocupava, a princípio, do negro como elemento humano, mas, sim, como uma mercadoria. Percebido enquanto não-humano, sua fixação na cadeia produtiva, e seu governo, eram responsabilidade dos “donos” de escravos, que regulavam todos os aspectos da vida desses indivíduos exercendo uma espécie de “poder soberano”.

Após a abolição da escravatura, especialmente, a figura do negro passa a ser percebida como um problema, inserindo-se na biopolítica como um fator de risco à população. Daí a iminente preocupação de Rodrigues Dória com a maconha, que passa a ser percebida como um “perigo” no fim do século XIX e início do século XX, pois, como demonstra Carlini (2006), dava-se pouca atenção à planta e seu consumo antes desse período, por estar associada, justamente, aos negros escravizados, indígenas e classes “baixas”.

Inserida no contexto nacional pelos negros, ainda no século XVI, a planta estava intimamente ligada a aspectos medicinais, lúdicos, culturais e de resistência dos povos da diáspora africana. Nesse sentido, a proibição, criminalização e perseguição da maconha e seus usuários pode ser interpretada como parte integrante do que Nascimento (2016) identificou como “genocídio negro”, que além de se estabelecer em termos materiais de eliminação de pessoas, perpassa a perseguição e obliteração de diversos saberes e aspectos simbólicos, culturais, tradicionais e religiosos dessa população.

Nessa perspectiva, a relação entre Brasil e EUA quanto à política de drogas pode ser interpretada, em seu princípio, melhor em termos de “confluência” que “influência”. Ambos os países, mas cada qual à sua forma, buscavam neutralizar condutas de “risco” associadas a certos grupos étnicos racializados em nome da garantia de segurança e higiene, informados

por um moralismo cristão-branco. Sendo que as reivindicações por tais políticas emanam de diversos setores políticos, econômicos e sociais. Como destaca Souza (2014): “o problema geral do racismo e das raças degeneradas foi o alicerce biopolítico que sustentou a associação entre drogas e ameaça à espécie humana” (p. 994).

Se os EUA, informado pelos grupos de temperança, buscava reprimir a conduta de beber álcool e refrear o consumo crescente de drogas; o Brasil via na onda proibicionista internacional a possibilidade de cancelar políticas que neutralizassem elementos da cultura negra, ao passo que atualizava a noção de perigo oferecida por essa parcela da população, associando-a, posteriormente, ao tráfico e seus malefícios. Com efeito, o Brasil não só criou uma lei pioneira de proibição da maconha, como também militou pela causa no cenário internacional. As influências, portanto, não são unilaterais.

A adesão gradativa do Brasil às Convenções internacionais sobre drogas parece estar ligada à expansão do consumo de substâncias pelas classes populares e à necessidade de conduzir as condutas da população³⁴, em um contexto de urbanização inserido em um projeto de modernização e industrialização. É fato que o modelo proibicionista estadunidense foi absorvido pelo Brasil – e pelo mundo. Mas isso só foi possível devido às demandas internas alinhadas a esse projeto, visando lucrar política, moral e economicamente.

O derradeiro alinhamento das políticas de drogas do país à dos EUA se deu durante a ditadura, quando se aderiu ao modelo de guerra. Antes disso, vigorava um modelo médico-policial. Diferente dos EUA que minaram os espaços e formas de atenção aos usuários durante a proibição – como no caso da Lei Seca – originando grupos religiosos que assumiram para si a questão. O Estado brasileiro participou ativamente da gestão e manutenção dos espaços de atenção-internação dos usuários, inseridos em uma perspectiva de cuidado, ao menos discursivamente.

Enquanto aqui o tratamento dado aos usuários foi majoritariamente regulado pelo saber-poder médico-psiquiátrico, lá, era orientado pela moral cristã. Contudo, a partir dos anos 1960, o quadro nacional se inverte. Não apenas o modelo bélico estadunidense é absorvido pelo Brasil, como também as formas de tratamento e atenção aos usuários de drogas passam a ser informadas pelo que se estabeleceu nos EUA. Nesse sentido, a próxima seção se dedica a apresentar e discutir os modelos brasileiros de atenção a usuários de álcool e outras drogas.

³⁴ Esse governo das condutas, que perpassa necessariamente o controle de uma parcela populacional, não deve ser interpretado como uma imposição estatal. Ele é, de uma forma ou de outra, demandado pelos próprios governados. É requerido e estimulado por uma vasta gama de agentes, instituições, organizações, saberes e poderes.

2.2.1. O Médico e os Monstros: formas de atenção à usuários de álcool e outras drogas no Brasil

O objetivo dessa seção é apresentar e discutir as formas de atenção desprendidas a usuários de álcool e outras drogas no Brasil, destacando os saberes, poderes e instituições envolvidos nesse ordenamento, além de atentar para suas alterações, que acompanham as transformações dos quadros sociopolíticos e culturais da sociedade. Em termos gerais, é possível afirmar que, desde seu princípio, a atenção ofertada a usuários de drogas se estabelece em um eixo punição-cuidado, apresentando-se assim desde as primeiras legislações sobre drogas no século XX e se atualizando na contemporaneidade. Isso se deve, em grande medida, à integração cooperativa das Ordens Jurídica e Médica-psiquiátrica.

Enquanto o saber-poder jurídico se ligou ao fenômeno de drogas através da criação de normas e controle, que levaram à criminalização em nome da segurança; o saber-poder médico-psiquiátrico se vinculou ao fenômeno pela imputação do uso de drogas enquanto doença-loucura de contornos epidêmicos, acionando discursos de defesa da saúde. O eixo segurança-saúde, informado por ideais morais, religiosos e racistas, é o que permite o desenvolvimento do dispositivo de drogas e o torna elemento chave da bionecropolítica contemporânea.

Como destaca Vargas (1988), a fabricação do fenômeno de drogas nas sociedades modernas teve como principal via os movimentos de criminalização e medicalização do consumo. Não se trata de uma apropriação da experiência de uso de drogas, mas de “criar literalmente o próprio fenômeno das drogas” (Vargas, 1988, p. 124), pelo discurso médico e jurídico. Nesse sentido, para Silva (2013), o fenômeno de drogas é um dos pontos que permite, por excelência, uma aliança entre Justiça e Psiquiatria, pelo objetivo comum de controle sobre os usuários; ao passo que o deslocamento do uso de drogas da esfera jurídica para a da saúde não indicaria uma ruptura, mas uma convergência e sofisticação desse aparato de controle.

Mas, o emergente interesse da psiquiatria brasileira pelo fenômeno do álcool e drogas, no início do século XX, desponta com mais um resultado: consolidar-se enquanto um saber legítimo capaz de penetrar e ordenar as mais diversas instâncias da sociedade, sem se restringir ao espaço asilar. Como destaca Portocarrero (1994), na opinião dos psiquiatras, a cura não era exercida até 1900, devido a falta de uma organização apropriada do hospício, ou seja, de uma organização médica.

A vinda da família real em 1808 e a Independência em 1822, aliados à decadência da velha lavoura, estimularam o aumento progressivo da importância das cidades; apesar da população urbana continuar consideravelmente menor que a rural, e a economia se mantivesse essencialmente agroexportadora e latifundiária, o centro de poder deslocava-se para os espaços urbanos (Holanda, 1995). Nesse sentido, Oda e Dalgalarrodo (2004) apresentam uma análise histórica de, como, após o início da tentativa de transição à urbanização, surgem no Brasil as instituições manicomiais-asilares, para onde serão encaminhadas pessoas consideradas perigosas ou indesejadas à nova forma social que se estabelecia:

Maiores pressões sociais exigindo restrições à livre circulação dos chamados alienados parecem ter surgido como decorrência do processo de urbanização e da consequente necessidade de manutenção da ordem das cidades em crescimento, pois o espaço urbano determinaria o estabelecimento de novos padrões de controle social (Oda; Dalgalarrodo, 2004, p. 129).

Nesse sentido foi fundado, em 1852, o Hospício D. Pedro II. A construção dessa instituição, contudo, não representou a medicalização da assistência, pois a administração do asilo ficou subordinada à Santa Casa (Prado, 2023). Nesse período, os Asilos, Hospícios e Hospitais eram locais de hospedagem para aqueles que dependiam de caridade. Tais hospícios podiam contar, eventualmente, com alguma assistência médica, mas sua principal intenção era dar aos necessitados algum abrigo, alimentos e cuidados religiosos (Oda; Dalgalarrodo, 2005). Assim, é possível afirmar que a população errante de arruaceiros e sem-trabalho dos primeiros asilos, composta de brancos ou mestiços e poucos negros (Prado, 2023), são um subproduto da cristalização das relações de trabalho do Estado escravista (Resende, 1990). Nesse sentido, podemos considerar a prática asilar corrente até o fim do século XIX como “afrancesada”.

No final do século XIX e início do século XX, há uma ruptura – ou reformulação – com esse modelo, a fim de organizar novas formas assistenciais, criadas para o novo tipo de indivíduo a quem começa a se dirigir: o desviante moral em geral, não necessariamente atingido pela doença mental, mas doente mental em potencial (Portocarrero, 1994). Nesse momento, e pela figura de Juliano Moreira³⁵, a psiquiatria passaria a se alinhar à escola alemã, especialmente no modelo de Kraepelin, em que sua ação deveria ser dirigida em dois

³⁵ Era diretor geral da Assistência a Alienados, incluindo os desviantes perigosos. Era um psiquiatra negro que exercia suas atividades em tempo de racismo científico, em que a grande maioria dos psiquiatras, como Nina Rodrigues e sua escola, atribuíam a degeneração do povo brasileiro à mestiçagem. Moreira nunca colocou em questão a teoria da degeneração, mas, para ele, na luta contra as degenerações nervosas e mentais, os inimigos a combater seriam o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas. Fonte: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/wzF5OyZ7pVvVVF5VqRHwSHf/#>

sentidos: na direção dos indivíduos, que os psiquiatras deveriam assistir através de novas técnicas terapêuticas preventivas, sem se limitar ao alienado mental, mas a todo louco em potencial, aos desviantes morais de todo o tipo – como o alcoólatra, o sífilítico e o criminoso – e ao indivíduo normal, ainda criança; e, em segundo lugar, na direção de instituições sociais como a escola, família, Estado e dispositivos legais, psiquiatrizando-os a fim de torná-los auxiliares da ação terapêutica e da prevenção da loucura (Portocarrero, 1994). Tratava-se, pois, da transição de uma fase de “cuidados detentores” para uma fase de “cuidados curativos”.

Segundo Portocarrero (1994), foi na fase dos cuidados curativos em que os psiquiatras tentaram diferenciar modalidades de assistência de acordo com a patologia, criando hospitais-colônia especiais para epiléticos, alcoolistas, entre outros. O argumento dos psiquiatras é de que a psiquiatria seria de grande valia na construção da nova sociedade, já que se baseava na ciência, no conhecimento das causas e focos da doença mental, que prejudicava os preceitos da liberdade individual e do desenvolvimento econômico, social e político considerados como imprescindíveis ao progresso da nação.

O autor ressalta que a prática psiquiátrica do século XX é fundamentalmente baseada na divisão da população entre normais e anormais, exatamente no momento em que é incrementada no Brasil a noção de população como força de trabalho e força produtiva. Essa força não pode ser perdida, mas deve, acima de tudo, ser normalizada e assistida. É nesse sentido que surge a concepção de “doenças sociais”, que representam grande risco à manutenção da ordem, atrapalhando o desenvolvimento social. Doenças essas, como o alcoolismo, tão frequentes que passam a ser consideradas “endemias sociais”, responsáveis por grande contingente de criminalidade.

Assim, a psiquiatria declara a necessidade de incidência de sua ação sobre o campo social, apresentando o perigo que essas doenças representam no processo de degradação da subjetividade e coletividade. Tal como ocorre na Europa, resguardadas peculiaridades e cronologias, a psiquiatria se amalgama à medicina social se revestindo de cientificidade, e se funda em termos da defesa social (Foucault, 2006). Dessa forma, a medicalização dos hospícios é cristalizada pelo Decreto nº 1.132 de dezembro de 1903, que reorganiza a assistência aos alienados. Por esse decreto, o psiquiatra torna-se autoridade máxima sobre a assistência aos loucos, proibindo seu depósito em prisões e estimulando a construção de asilos, selando o atrelamento da loucura à doença mental na interface entre uma dimensão médica de humanização da assistência e outra de controle jurídico e social da ordem pública (Prado, 2023).

A constituição da psiquiatria como especialidade médica autônoma se seguiu à promulgação da Lei Federal de Assistência aos Alienados, em 1912, aumentando o número de instituições destinadas a doentes mentais e estabelecendo seu caráter “terapêutico”, ou seja, de normalização dos eram considerados desajustados (Figueiredo; Delevati; Tavares, 2014). Os principais alvos da institucionalização seriam indivíduos alocados em posição subalterna na hierarquia social que se (re)produzia, como operários das indústrias, os negros libertos, os imigrantes estrangeiros e os subempregados (Bastos, 1997).

A questão das drogas foi tomada pela psiquiatria no momento de seu próprio estabelecimento e ascensão na higiene pública brasileira, enquanto saber capaz de tratar as enfermidades responsáveis pela desorganização dos espaços sociais que originaram transtornos na ordem pública. Como apresenta Silva (2013), o discurso psiquiátrico defendia que o lugar do alcoolista e do toxicômano não era o cárcere, já que a questão não pertencia mais às autoridades jurídicas e policiais, e menos ainda à sociedade. Os anteriormente descritos decretos das décadas de 1920 e 1930 explicitam a emergência da psiquiatria como instância incumbida da desordem provocada pelo uso de drogas. Assim, os pretextos médicos passaram a exigir a segregação dessas pessoas em hospitais psiquiátricos. A internação era defendida como indispensável para o tratamento desses indivíduos.

Na década de 1920, faz-se uma diferenciação entre a “embriaguez escandalosa”, punida com a prisão, e a “embriaguez habitual”, que poderia levar à oferta de risco a si próprio, ao outro ou à ordem pública. Para esse caso, aplicava-se a “pena de internação”, de três meses a um ano, que fundia na mesma medida a proposta de um “tratamento médico e correccional”, associando objetivos terapêuticos e punitivos (Silva, 2013). Para tanto, foi prevista a criação de Sanatórios para Toxicômanos. Já na década de 1930, a toxicomania tornou-se doença de notificação obrigatória, proibindo seu tratamento a domicílio e prevendo a internação compulsória dessas pessoas, julgando a necessidade de tratamento adequado a bem da ordem pública.

Fica evidente que a psiquiatria pode se desenvolver por seu poder de associação entre comportamentos desviantes e a loucura-doença mental, e sua autodeterminação de um saber capaz de lidar com essas questões que ofereciam risco à ordem pública, à moral e à população em geral. A internação se dava sobre quem, em virtude da intoxicação, perturbava a ordem moral instituída (Silva, 2013). Dessa forma, tornou-se um mecanismo acionado para lidar com todo tipo de desvio que pudesse incomodar ou perturbar a ordem “normal”. A internação a pedido da família, diz Silva (2013), ocorria em casos que fosse “evidente a urgência de internação, para evitar a prática de atos criminosos ou a completa perdição

moral”. Era o parecer do médico especialista – psiquiatra – que determinava a admissão de alguém em um hospital, bem como sua alta. A partir dessa convocação do saber-poder médico-psiquiátrico para lidar com a questão, o psiquiatra passou a ocupar função central, amalgamado com a dos juízes.

O que estava em jogo no combate ao alcoolismo e a toxicomania, como expresso na seção anterior, não era exatamente a perturbação mental e o esforço de sua terapêutica, mas uma população e um conjunto de hábitos sobre os quais se buscava impor a moral e o modelo de conduta vigente. A associação entre uso de drogas e periculosidade, e aproximação dos usuários aos loucos, justifica a necessidade de proteção da sociedade, reforçando a legitimidade e o estatuto de poder-saber da psiquiatria. Ao mesmo tempo, atribuindo a loucura-doença a formas de conduta, a psiquiatria pode se capitalizar por todo terreno social, pois todo indivíduo torna-se um louco, e assim possivelmente criminoso, em potencial.

Essa construção entra em consonância com as formas de “anormais” apresentadas por Foucault (2001). Mais especificamente no entrecruzamento entre o “incorrigível” e o “masturbador”, pois, como apresentado anteriormente, o dispositivo de drogas é correlato ao dispositivo de sexualidade, nos termos em que por procedimentos de incitação e proibição produzem condutas, subjetividades e regimes de verdade. O anormal “drogado” é inscrito dentro do campo da família, do exercício de sua economia e poder interno; torna-se um dever corrigir esses incorrigíveis e, caso a família falhe, devem ser acionadas outras instâncias e instituições. Ao mesmo tempo, é necessária uma tecnologia de vigilância que deve incidir sobre todos a fim de identificar esses comportamentos e agir na virtualidade do ato, antes que ofereça risco concreto. O isolamento em instituições psiquiátricas, portanto, é o ponto extremo de uma tecnologia cotidiana, que visa conduzir as condutas dos indivíduos garantindo o funcionamento normal da sociedade baseada na possibilidade de funcionamento do mercado.

Vemos, portanto, a origem, expansão e consolidação do chamado “paradigma manicomial”, em que o tratamento dado à loucura-doença mental, é o isolamento em instituições psiquiátricas. Como demonstram Arbex (2013), Sonim e Farias (2014), dentro de tais instituições os internos eram submetidos a regimes de trabalho, em sua quase totalidade não remunerados. E as formas de tratamento a que eram submetidos eram extremamente violentas e desumanas, consistindo em banho-terapia, eletroconvulsoterapia, retirada dos dentes dos internos, imobilizações praticadas com violência, entre tantas outras que assumiam também caráter punitivo e de tortura.

De acordo com Batista (1997), até a década de 1960, teria vigorado um “modelo sanitário”, visto a questão do uso de drogas ser tratada prioritariamente como um problema médico. Já segundo Bittencourt (1986) e Silva (2013), as décadas de 1940 e 1950, no plano da política criminal, podem ser entendidas como um momento de contexto liberalizante. Isso ocorreria pelo fato de que, nessa época, ainda não ter se constituído um “*status*” social marginal definitivo, seja o de doente ou delinquente, o que possibilitaria o deslizamento entre as duas categorias.

Como apresentado na seção anterior, durante os anos de 1960, especialmente a partir da ditadura cívico-empresarial-militar, há a indiferenciação de usuários e traficantes, por uma guinada bélica da política de drogas. Se no início do século XX as intervenções jurídicas e médicas visavam aqueles que, de algum modo, prejudicavam a manutenção da ordem e da moralidade, nesse momento, a intervenção passa a acontecer sobre a conduta pessoal, e não sobre a desordem social que poderia ser causada pelo consumo de drogas (Silva, 2013).

Contudo, a guinada bélica não significou a extinção do modelo sanitário, que passou a operar residualmente. Na realidade, o governo militar se apropriou do arcabouço manicomial desenvolvido, usando-o, para além da perseguição a parcelas da população, como instrumento produtor de lucro. Enuncia-se o “cuidado” como central no hospital e no encarceramento, com foco na privatização e emersão da chamada “Indústria da Loucura” (Cerqueira, 1984), onde as internações e sofrimento mental tornam-se objeto de quimérico lucro aos segmentos empresariais. Quase todos os recursos financeiros da psiquiatria destinavam-se em internações em clínicas privadas, essas contratadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, marcada por exorbitante número de internações a serem consideradas desnecessárias (Pitta, 2011).

A grande difusão de privatizações pela compra de serviços particulares com dinheiro público valorizou quantitativamente a produção de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-industrial, resultando na medicalização em massa da sociedade (Cabral; Darosci, 2019). E, enquanto isso, a ampliação de ofertas de leitos reforçou o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico. Havia, pois, uma prática médica orientada em termos de lucratividade, evidenciando a capitalização da medicina por meio do privilegiamento do setor privado em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social (Stockinger *apud* Ribeiro *et al.*, 2017). Assim, é possível afirmar que durante a ditadura houve a expansão e consolidação do paradigma manicomial-asilar que, a partir da premissa do lucro, permitiu a institucionalização massiva de desviantes classificados

enquanto loucos-doentes mentais. Apesar de comportar no interior desses espaços pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas, o modelo não se voltava propriamente a isso.

A partir do “vácuo” deixado pelo Estado na atenção aos usuários passaram a emergir no país, ao fim da década de 1960, diversas comunidades terapêuticas (CT) (Gomes, 2022), objetivando o acolhimento dessas pessoas no sentido oposto do paradigma manicomial instituído. As CTs no Brasil seguiram o modelo internacional, que pauta a atenção aos usuários sob a perspectiva da espiritualidade e laborterapia, baseando-se nos preceitos do AA e *Synanon* (Ignatowski, 2019). As Cts, em sua origem, poderiam representar um espaço de acolhimento aos usuários na contramão da repressão estatal, mas, ainda sim, são espaços pautados no isolamento dos indivíduos, e compreendem a questão do uso de álcool e outras drogas primordialmente enquanto aspectos de desvio e degeneração moral e espiritual. De acordo com Napolião e Castro (2022), as CTs surgem em consonância com a orientação neoliberal de estímulo à iniciativa privada e às instituições filantrópicas, no lugar da ação social direta do Estado.

Já nos anos de 1970, a legislação mantinha-se proibicionista e punitivista, mas abria uma “brecha” para o tratamento de usuários de drogas. Segundo Bittencourt (1986), “a justiça, num esforço de modernização, vai passar a ter como objetivo primordial salvar, restaurar, garantir e regenerar esses indivíduos, e não simplesmente puni-los” (Bittencourt, 1986, p. 23). Trata-se, pois, da atribuição do estereótipo de doente ao usuário. Quando constatada a “dependência”, o usuário de drogas deveria ser direcionado ao tratamento médico, e a pena convertia-se em internação (Silva, 2013). Assim, cabia ao psiquiatra o papel de determinar se o indivíduo era doente ou criminoso, se deveria ser punido ou tratado. Compreendendo, assim como nas décadas precedentes, tratamento enquanto isolamento em instituições psiquiátricas.

Também paralelo a isso, tomava forma no país os movimentos de luta antimanicomial, momento em que os hospitais públicos encontravam-se em situação de extrema carência, superlotação e serviços de má qualidade; e os particulares atuavam na perspectiva de maximizar os lucros, com condições estruturais precárias e condições de assistência degradantes (Sampaio; Bispo Junior, 2021). As precárias condições de trabalho e baixa remuneração podem ser citadas como fatores que impulsionaram, em 1978, a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) marcando o início do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que incorpora críticas ao modelo hospitalocêntrico e as precárias condições de trabalho e tratamento (Holanda; Ribeiro; Silva, 2017).

Alavancado por tal processo, inicia-se uma discussão acerca da necessidade da multidisciplinaridade no tratamento de doentes mentais, além de uma maior humanização e foco voltado não à segregação, mas à reinserção social. No final da década de 1980 surgem então novos serviços voltados à saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que representavam uma rede de assistência externa intermediária entre o hospital e a comunidade (Amarante, 1996; Amarante; Nunes, 2018).

Ao final dos anos de 1980 emerge no Brasil uma forma diferenciada de atenção ao uso de drogas: a Redução de Danos (RD). A RD pode ser considerada uma forma de contestação às políticas proibicionistas, já que seus partidários não defendem o paradigma da abstinência, e se pauta em um conjunto heterogêneo de ações que visam a redução de prejuízos à saúde dos usuários (Rodrigues, 2004a). Assim como nos países Europeus, a RD surge no Brasil como forma de refrear a expansão dos casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. O programa surgiu na cidade de Santos, e se baseava na troca de seringas e agulhas usadas pelos usuários por novas. Mas, as agências penais consideraram tais ações como indutoras do uso, proibindo as iniciativas e impondo penas, que poderiam variar de três a quinze anos de prisão (Ribeiro, 2013). Consonante a isso, desde 1983, a Polícia Militar passou a atuar na questão de drogas para além do aparato repressivo, agindo sobre a prevenção através do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD), em que policiais fardados eram incumbidos de “orientar” crianças, dentro das escolas, a respeito dos “perigos” das drogas.

A década de 1990, por seu turno, marca o desenvolvimento da RPB como política consentida, com os ideais de universalização e democratização da saúde legitimados por aparatos legais – a Constituição Federal de 1988 – e institucionais, alicerçados sob o Sistema Único de Saúde (SUS). A rede de dispositivos substitutivos criados em vários municípios do país passa a ter visibilidade, regulamentados pelas portarias 189, de 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas.

A partir desses processos, no ano de 2001 houve a aprovação Lei nº 10.216, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica (LRP), que buscou remodelar o sistema de atenção à saúde mental, abrindo mão do sistema manicomial-asilar que se desenvolvia até então, buscando novas formas do trato com a loucura, agora mais humanizadas e no sentido oposto do isolamento (Figueiredo; Delevati; Tavares, 2014). Em consonância aos ideais da RPB, é lançada, em 2003, a “política do Ministério da Saúde para

atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, que propunha a criação de CAPS voltados à atenção de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), e o ordenamento de políticas de drogas baseadas na RD e prevenção.

A LRP, contudo, também regula as modalidades de internação dos “doentes mentais”, logo, dos usuários de drogas. Como apresentam Barros e Serafim (2009), as três modalidades de internação previstas no Brasil são: voluntária, por solicitação expressa do paciente; involuntária, que é feita a pedido dos familiares ou responsáveis; e compulsória, determinada por ordem judicial expedida por um juiz. Apesar de apresentada como medida extrema, as internações são constantes e cotidianas. E, ao contrário de hospitais-dia e hospitais gerais, como idealmente previsto, as internações em sua maioria ocorrem em hospitais psiquiátricos e clínicas privadas. E, mesmo sendo vetada a permanência involuntária em CTs, as internações involuntárias e compulsórias nesses espaços são também uma constante (MP/SP, 2014).

Como demonstra Ignatowski (2019), o fenômeno de multiplicação das CTs no país se alia ao crescimento das religiões evangélicas. Entre 1991 a 2010, a população evangélica passou de 9% para 22% da população total do país, ao passo que, as CTs brasileiras, que eram 408 até 1995, tiveram a criação de 1.542 novas instituições entre 1996 e 2015. Dessa forma, essa modalidade de instituição representa um dos principais centros de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Essas instituições passaram a ser regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2011 pela RDC Anvisa nº 29/2011. Apesar de terem surgido como um contraponto às políticas manicomiais, não é absurdo afirmar que essas instituições representam, hoje, a volta do manicômio. Diversos relatórios (IPEA, 2017; MP/SP, 2014), apontam para a violação da liberdade religiosa, a imposição do trabalho e o cárcere privado praticado em grande parte dessas instituições.

Alguns autores, como Perrone (2014), apontam que as CTs se ligariam aos ideias da RPB, e que a problemática relacionada a essa forma institucional seria devido à falta de regulamentação e fiscalização de unidades que não se vinculam a nenhum órgão regulador. Que é um dos argumentos mobilizados pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), para justificar a “problemática” de outras Cts desvinculadas a ela. Mas, fato é, que essas instituições parecem ganhar força dentro de uma Reforma fragilizada, que operou no fechamento de instituições psiquiátricas sem o devido fortalecimento dos serviços substitutivos. Nesse sentido, a “grave ameaça” e perigo das drogas abriu brecha para a criação de cada vez mais instituições desse cunho, sobre as quais não faltam notícias de

graves de violações de direitos humanos³⁶. Segundo Guimarães e Santos (2019), os discursos acerca de uma “epidemia de crack” no Brasil levou a um confronto entre a tendência antimanicomial e as perspectivas opostas, com disputas pela orientação de políticas e pelas verbas públicas, com uma orientação ao viés da “remanicomialização”, especialmente a partir de 2011. Soma-se a isso, ainda, os processos de contra reforma vêm tomando força desde o golpe de 2016.

Destarte, no ano de 2017, entram em vigor a Resolução CIT n. 32/2017, que estabelece diretrizes para o fortalecimento da RAPS e Portaria n.3588/2017, que estampa em seu discurso a construção de uma rede de assistência segura, eficaz e humanizada (Cabral; Darosci, 2019). A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual reúne o Ministério da Saúde e representantes dos estados (CONASS) e municípios (CONASCEMS), anunciaram as supracitadas medidas que promoveram mudanças na Política Nacional de Saúde Mental. Dentre as principais alterações, destacam-se a inserção do hospital psiquiátrico na RAPS, com importantes retrocessos nos avanços alcançados pela RPB, gerando, ainda, riscos de subfinanciamento dos serviços extra-hospitalares e desestímulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos (Sampaio; Bispo Junior, 2021). De acordo com Siqueira (*apud* Cabral; Darosci, 2019), no ano de 2018 o orçamento para a saúde mental não foi distribuído de forma satisfatória no Brasil, do total de 320 milhões, dois terços foram destinados à rede privada, formada por hospitais psiquiátricos, manicômios e comunidades terapêuticas. De tal modo, apenas um terço dos recursos acabou destinado, factualmente, aos equipamentos públicos da RAPS. Tal quadro aponta para a possibilidade de reestruturação da indústria da loucura, retomando a capitalização da saúde mental.

Não obstante, em Nota Técnica n. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde apresenta esclarecimentos acerca das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (PND). A PND assume posição expressamente contrária à legalização das drogas, preconizando o tratamento e transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas e foca o cuidado na abstinência do uso em oposição à redução de danos, medida adotada anteriormente. Sampaio e Bispo Junior (2021) apontam para o risco de retomar o modelo de cuidado que se centra, prioritariamente, na doença, que desconsidera a multicausalidade que se associa ao uso dessas substâncias. Ponderam, também, que as bases das comunidades terapêuticas despontam na

³⁶ Fonte: <https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2023/11/26/agressoes-tortura-e-ate-assassinato-os-crimes-por-tras-das-comunidades-terapeuticas-da-grande-sp.ghtml> e <https://www.intercept.com.br/2019/05/30/comunidades-terapeuticas-internos>

contramão das propostas da RPB, que prioriza a produção de autonomia e liberdade, além do desenvolvimento de estratégias de cuidado no seio comunitário e com centralidade nas necessidades dos sujeitos (Sampaio; Bispo Junior, 2021).

Em contrapartida, durante o atual governo de bases mais democráticas, mas de “frente ampla”, foi publicada a Resolução n. 487/2023 do CNJ que visa uma reforma psiquiátrica do Judiciário. Apesar do posicionamento antimanicomial do Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento avança na manutenção de espaços de tratamento pautados no isolamento, especialmente em CTs. Assim, a aura nebulosa que paira sobre o uso de drogas ainda está longe de se dissolver. Mesmo com a flexibilização de certas substâncias como as derivadas da Cannabis – pela lei n° 17.1968 de São Paulo –, encontram-se amalgamadas a lógicas de mercado, apontando para um processo de descriminalização das condutas para uma pequena parcela da população. Assim, para a maior parte dos usuários de drogas permanece a presença de muros (in)visíveis cerceando suas trajetórias: a prisão, a clínica ou a rua (Oliveira *et al.*, 2019).

Ao longo dessa seção foi possível observar como o saber-poder psiquiátrico se fundou, no Brasil, a partir de uma relação intrínseca com o fenômeno de drogas, de tal forma que, junto ao poder Jurídico, torna-se a instância reguladora da questão, exercendo sobretudo o papel de determinar a “verdade da doença”, ou seja, definir quem é ou não usuário e portanto passível de atenção. Desde seu princípio a questão da atenção ao usuário de drogas se construiu em um emaranhado de medidas punitivas e de cuidado, cristalizando o eixo cuidado-punição. De modo que, até hoje, e em especial a partir da problemática do crack, a atenção ao usuário e institucionalização se apresentam cognitivamente como sinônimos. O regime de verdade instituído a partir de diversos discursos – médico-psiquiátrico, jurídico e midiático – fazem com que a figura do usuário deslize entre as categorias de louco, doente e criminoso, o que legitima as intervenções constantes sobre essa população.

Ao considerarmos que o fenômeno de drogas cria-se com a governamentalidade liberal pela prerrogativa de controle de parcelas populacionais em nome da “salvação” da população geral, essencialmente fundamentada sobre o racismo de Estado, podemos observar que as mudanças na atenção ao usuário acompanham transformações da própria governamentalidade. A face necropolítica, principalmente a partir da década de 1960, volta-se à população pobre, negra e periférica. Enquanto isso, aqueles que pudessem pagar por assistência teriam acesso ao polo do cuidado por meio de CTs e clínicas privadas. A partir desse ponto, o Brasil passa a acompanhar as formas de cuidado estabelecidas nos EUA.

Mesmo as formas de prevenção, como o PROERD, baseiam-se em modelos estadunidenses³⁷, como o D.A.R.E, que foi um programa desenvolvido nos EUA onde policiais fardados iam aos colégios “orientar” estudantes sobre os “perigos” das drogas.

Sob a perspectiva do neoliberalismo, o cuidado de si também se baseia em cálculos econômicos e sobre a liberdade. Nesse sentido, o surgimento de vertentes de RD e cuidados baseados no AA/NA se ligam a isso, pois partem do pressuposto da liberdade de escolha do indivíduo. E as formas de intervenção “forçosas”, como internações voluntárias e involuntárias, se baseiam na garantia de liberdade e segurança dos “cidadãos de bem”. O que vemos na contemporaneidade é, em grande medida, a atualização e consolidação de processos iniciados no começo do século passado. As políticas de contornos neoliberais minam as políticas de Estado entregando-as nas mãos de entidades privadas – como no caso do financiamento público das CTs –, ao mesmo tempo que relembram ao indivíduo a responsabilidade sobre si. Mas, caso o indivíduo rompa com o pacto social baseado na produção e consumo, o Estado pode ser chamado a intervir a fim de garantir o funcionamento “normal” da ordem social.

³⁷ Fonte: <https://www4.policiamilitar.sp.gov.br/unidades/dpcdh/index.php/proerd-2/>

Seção 3

O objetivo dessa seção é discutir a metodologia e os procedimentos metodológicos utilizados para a análise documental dos acórdãos extraídos do site do TJSP. Chama-se atenção para os limites e potencialidades do uso da linguagem de programação *Julia* para as ciências sociais. Além disso, é realizado um ensaio de análise exploratória a partir dos achados conseguidos pelo manejo da ferramenta.

3.1. Saúde, Justiça e controle social: os acórdãos do Tribunal de Justiça de São Paulo sobre Internação Compulsória

O objetivo da presente seção é apresentar a análises dos acórdãos que versam sobre ICs colhidas no site do TJSP. Mais especificamente, a análise se volta aos acórdãos que versam sobre processos referentes a usuários de drogas, tendo como plano de fundo a observação de um possível “cabo de guerra” entre posições dos magistrados envolvidos entre aquelas que valorizam aspectos da “autonomia dos sujeitos” e aquelas que enfocam na “tutela dos sujeitos”. Ao mesmo tempo, busca-se observar as formas de interação entre esses agentes, ligados ao campo do saber-poder jurídico, com os profissionais ligados ao saber-poder psiquiátrico, ou seja, os médicos especialistas, na construção e tomada de tais decisões. Em suma, buscou-se observar, através dos discursos dos acórdãos, como a articulação entre os diferentes campos constrói um regime de verdade a respeito dos usuários de drogas, tornando-os sujeitos passíveis de intervenções constantes ao mesmo tempo que configuram e legitimam formas de vida normais/normalizadas, operando um ordenamento social.

No que se refere ao “cabo de guerra”, esse é um conceito elaborado conjuntamente a pesquisadores envolvidos no Projeto Temático em que essa pesquisa se insere. De forma inicial e como orientação primária, a análise foi iniciada visando compreender as posições “democráticas” – aquelas no sentido da preservação ou defesa de elementos formais mínimos da democracia liberal, como a existência de liberdades civis que caracterizam Estados liberais e democráticos modernos (Bobbio, 2000; Dahl, 2005). E os movimentos “antidemocráticos” – que se opõem a dimensões substantivas e progressivas da democracia, por expressarem visões de mundo hierárquicas e moralmente regressivas (Almeida, 2019; Souza, 2016). Entretanto, após a análise inicial e os apontamentos feitos pela banca de qualificação, verificou-se que o enquadramento das posições de magistrados nesses termos é incongruente. Isso porque mesmo com a mobilização de legislações “progressistas” – como a LRP – na

justificação de posições coercitivas de privação da liberdade, o que se coloca em questão é a disputa pelo nexos das leis. Destarte, os magistrados operam dentro dos limites do jogo democrático, por mais que suas decisões mobilizem elementos de outros regimes e incidam sobre aspectos de coerção e privação da liberdade.

Nesse sentido, trabalhar os movimentos sobre a perspectiva de estratégias de combate e estratégias históricas, como demonstrado na seção anterior, torna-se muito mais promissor. Compreendendo o campo jurídico como espaço de disputas, o conceito de “cabo de guerra” enquanto prisma analítico orientador serviu de baliza para a categorização das decisões, de modo a deixar leniente as estratégias empregadas pelos agentes alinhados a determinada perspectiva. Dessa forma, entendemos “autonomia do sujeito” em oposição às que visam instituir uma “tutela do sujeito”. A primeira atrelada à valorização das liberdades de escolha dos indivíduos e a segunda orientada pela visão de que algumas pessoas são incapazes de gerir seus próprios direitos, devendo, assim, lhes ser imposto.

Transpondo essas ideias ao presente trabalho, as posições em sentido da “autonomia do sujeito” são entendidas como aquelas alinhadas à perspectiva da RPB, ou seja, decisões tomadas no sentido de desinstitucionalização, fomento e fortalecimento de atenção à saúde dos usuários de drogas em serviços de base comunitária e extra-hospitalar, como CAPSad, como forma de garantia dos direitos civis. Em contraponto, as posições de “tutela do sujeito” são aquelas que restringem os direitos dessa população, traduzindo-se pelas IC, que se dão em uma perspectiva de que o judiciário se relaciona com a população a partir da noção de tutela: caberia aos magistrados “orientar” e, em certa medida, impor à população a forma “correta” de gestão dos direitos. Caso particularmente destacado nas situações de uso de droga, que acarretando na “perda de autonomia” do sujeito para a substância, implicaria a necessidade do magistrado em fazer valer um direito – garantia de acesso à saúde – mesmo que contra o desejo do indivíduo.

Dessa forma, antes de prosseguir com a análise dos acórdãos, será apresentado o desenvolvimento metodológico. Isso porque, tratando-se da aplicação pioneira, experimental, da linguagem de programação *Julia* em pesquisas sociais, foram encontrados diversos problemas e percalços, especialmente no que se refere à construção de um *corpus* analítico. Assim, o próximo tópico objetiva apresentar o caminho e as decisões metodológicas tomadas.

3.2 Prazer, *Julia*: construção metodológica e forma de análise dos resultados dos acórdãos de internação compulsória

Como apresentado na seção de Metodologia, para a realização deste trabalho foram coletados 5853 acórdãos do *site* do TJSP, que versavam sobre internação compulsória, entre 2016 e 2023, a fim de serem tratados através de um código desenvolvido na linguagem de programação *Julia*. Em síntese, o código permite localizar termos, palavras-chave, dentro dos documentos, ordenando-os a partir de categorias desenvolvidas. Não foi realizada uma filtragem na coleta dos acórdãos, selecionando apenas os que tratassem sobre usuários de drogas, pois um dos objetivos iniciais era justamente apreender qual a parcela dos processos de IC que tratavam sobre o uso de drogas.

Pretendia-se, assim, dividir a base de dados de IC sobre usuários entre aquelas que versavam sobre a internação e aqueles que determinavam a desinternação ou não autorizavam sua execução. A partir disso, a ideia era separar uma pequena amostra dos acórdãos de cada categoria e analisar os discursos empregados pelos agentes para sustentar suas decisões, buscando, assim, a compreensão não apenas da forma como se estabelece o cabo de guerra, mas como a partir desses discursos é construído e disputado um regime de verdade a respeito dos usuários de drogas. Entretanto, muitas foram as dificuldades encontradas no caminho, o que exigiu um outro delineamento metodológico.

No fim das contas, o *Julia* não se mostrou tão eficaz quanto o pretendido, não permitindo uma análise verdadeiramente automatizada dos dados, e isso se deve a algumas razões. O programa funciona a partir de termos pré-definidos, ou seja, havia a necessidade de estabelecer com precisão quais termos seriam buscados dentro dos documentos. Esses termos se traduzem por simples palavras como “perigoso”, ou frases com grau limitado de complexidade, como “ação cautelar com pedido de internação compulsória”. Assim, partiu-se para uma leitura exaustiva dos acórdãos a fim de definir certos termos que poderiam ser aplicados e triangulados para estabelecer quais acórdãos se referiam a internações compulsórias de usuários de drogas.

Contudo, tratando-se de documentos jurídicos, muitos citavam outros processos como jurisprudência e embasamento das decisões, de forma que “internação compulsória de usuário de drogas”, por exemplo, foi citado em um acórdão, na forma de jurisprudência, para embasar uma decisão de manutenção dos honorários advocatícios em um caso relacionado à inseminação artificial. Dessa forma, tornou-se impossível categorizar quais documentos tratavam-se efetivamente de decisões de interesse da pesquisa, o que prejudicou a formulação

de testes estatísticos confiáveis. Também a pretensão de elaborar mapas que indicassem as comarcas/cidades que mais realizavam IC, assim como os juízes e relatores que mais se envolviam nesses processos, se mostrou inviável. Isto porque tanto o nome dos envolvidos, quanto das cidades, poderia ser citado nos processos em contextos diferentes. Também a falta de uma padronização efetiva da estrutura dos documentos representou um impasse na aplicação das buscas pelo programa, já que a variedade de estruturação dos distintos acórdãos impossibilitou uma “busca guiada” em certas partes dos documentos.

Além disso, e esse talvez seja o principal ponto de inviabilização das análises automáticas, os documentos foram redigidos por *humanos*. Isso significa que não há uma padronização da escrita, pois cada pessoa pode empregar os termos em configurações textuais variadas, invertendo a ordem das palavras, utilizando sinônimos, variando a construção das orações. Assim, para que o programa pudesse captar, por si só, as construções argumentativas, seria necessário transformá-lo em uma Inteligência Artificial a partir de métodos de *machine learning*, o que se encontra, no momento, fora de cogitação. Por outro lado, dada a grande variedade de possibilidades de argumentos, a incidência de certos termos e argumentações semelhantes em processos diferentes significam achados importantes, na medida em que revelam alinhamentos de perspectivas entre os diferentes atores responsáveis por agir sobre o destino dessa população.

Portanto, foi realizada uma exaustiva leitura de inúmeros acórdãos, de forma aleatória, a fim de definir os termos que pudessem ser empregados para a utilização do programa, sendo que as dificuldades e limitações foram descobertas ao longo desse processo. Assim, em linhas gerais, foram analisados acórdãos de IC em geral, que acabaram revelando aspectos importantes desse dispositivo em sua relação com o fenômeno de drogas. A partir dessa leitura documental, foram apreendidos alguns termos usados nas buscas pelos acórdãos a serem sistematicamente analisados. Esses termos foram agrupados em “blocos” de classificadores, de acordo com seu teor e associação. Culminando em 7 blocos classificadores dentro dos quais dividem-se 138 termos. As categorias criadas se embasaram em outras pesquisas feitas com acórdãos de IC de usuários de drogas, em estados diferentes do de São Paulo, usando os achados desses pesquisadores como base metodológica e analítica. Refiro-me aos estudos de Ferreira, Ratton, Paes-Sousa (2023), e Queiroz, Assis e Martinhago (2022). A ideia, portanto, era reproduzir esses estudos a partir de uma grande base de dados que contempla todo o estado de São Paulo.

Assim, os blocos classificadores aplicados na filtragem dos acórdãos e os termos que os integram estão transcritos a seguir:

I) Exploratória de Internação

Tabela 1: Termos do bloco “Exploratória de Internação”

internação compulsória de dependente químico	internação compulsória de toxicômano	internação compulsória de usuário de drogas
internação compulsória em clínica	internação compulsória em hospital psiquiátrico	necessita de internação compulsória
necessita urgentemente de internação compulsória	pretende internação compulsória	solicita internação compulsória
requer internação compulsória	usuário de drogas	usuária de drogas
usuário de diversas drogas	usuária de diversas drogas	usuário de múltiplas drogas
usuária de múltiplas drogas	ação de obrigação de fazer internação compulsória	obrigação de fazer internação compulsória
internação compulsória – ação de obrigação de fazer	internação involuntária de dependente químico	internação involuntária de toxicômano
internação involuntária de usuário de drogas	pretende internação involuntária	solicita internação involuntária
requer internação involuntária	pleiteando internação compulsória	pleiteando internação involuntária
pleiteia internação compulsória	ação cautelar com pedido de internação compulsória	necessitando urgentemente de internação compulsória
internação compulsória de pessoa dependente de drogas	pedido de internação compulsória	implementação de internação compulsória
implementação da internação compulsória	busca internação compulsória	

Fonte: Elaboração própria

II) Família

Tabela 2: Termos do bloco “Família”

internação compulsória formulada pela mãe	internação compulsória formulada pelo pai	internação compulsória formulada pela avó
internação compulsória formulada pelo avô	internação compulsória formulada pela esposa	internação compulsória formulada pelo marido
internação compulsória formulada pelo filho	internação compulsória formulada pela filha	internação compulsória formulada pelo irmão
internação compulsória formulada pela irmã	em face de seu filho	em face de sua filha
em face de seu pai	em face de sua mãe	internação de seu marido
internação de seu irmão	internação de seu filho	internação de sua irmã
internação de seu sobrinho	internação de sua sobrinha	internação de sua prima
internação de sua neta	internação de sua esposa	internação de sua cônjuge
internação de seu primo	internação de seu neto	internação de seu cônjuge
internar seu marido	internar seu irmão	internar seu filho
internar sua irmã	internar seu sobrinho	internar sua sobrinha
internar sua prima	internar sua neta	internar sua esposa

internar sua cônjuge	internar seu primo	internar seu neto
internar seu cônjuge	internac�o compulsória da filha	internac�o compulsória de sua filha
internac�o compulsória da sua filha	internac�o compulsória de seu filho	internac�o compulsória do seu filho
internac�o compulsória do pai	internac�o compulsória da mãe	internac�o compulsória do filho

Fonte: Elabora o própria

III) Saber psiquiátrico

Tabela 3: Termos do bloco “Saber psiquiátrico”

perícia médica	laudo pericial	condu�o coercitiva ao exame médico
laudo médico	laudo de perito	inexistência de laudo médico
laudo de perícia		

Fonte: Elabora o própria

IV) Autonomia e liberdade

Tabela 4: Termos do bloco “Autonomia e Liberdade”

liberdade individual	autodetermina�o	inexistência de autodetermina�o
Autonomia	direito de autodetermina�o	desinternac�o
liberdade e autonomia	inexistência de discernimento	habeas corpus

Fonte: Elabora o própria

V) Tipo Institucional

Tabela 5: Termos do bloco “Tipo Institucional”

comunidade terapêutica	hospital psiquiátrico	clínica especializada
CAPS Ad	leito hospital geral	hospital geral

Fonte: Elabora o própria

VI) Atributos negativantes do sujeito

Tabela 6: Termos do bloco “Atributos negativantes do sujeito”

violento	Agressivo	agredindo
violenta	Agressividade	agredindo-os
violência	Agressiva	comportamento agressivo
comportamento violento	oferece risco a si mesmo	risco � sociedade
episódios de agressividade	oferece risco a si mesma	risco para si e para a família
risco de auto ou heteroagressão	risco de autoagressão	oferece risco
apresenta risco	perigo para os outros	subtraindo objetos
risco eminente	perigo para si e para os outros	pequenos furtos
perigo para si	perigo para os outros e para si	

Fonte: Elaboração própria

VII) Legislações

Tabela 7: Termos do bloco “Legislações”

Art. 6º da Lei nº 10.216/ 2001	Lei nº 8.080/ 1990	891/38
Art. 4º da Lei nº 10.216/ 2001	Decreto-lei n 891/1938	Decreto Federal nº 24.559/34
Art. 196 da constituição federal	10.216	24.559

Fonte: Elaboração própria

A partir da aplicação desses termos, o programa elencou quais acórdãos os continham. Assim, foram selecionados três acórdãos por ano do recorte temporal para serem analisados. O critério da construção do *corpus* analítico foi o seguinte: foram selecionados os três acórdãos do ano em questão que contivessem mais palavras e classificadores diferentes. Caso o acórdão não tratasse sobre IC de usuário de drogas, era selecionado o próximo da lista. Os acórdãos foram codificados por uma numeração seguida do ano a que se refere, sendo reiniciada a “contagem” em cada ano. Portanto, ao serem citados ao longo do texto, aparecerão, por exemplo, da seguinte forma: “1/2016”; “1/2017”; “3/2020”.

Houve uma exceção no ano de 2018, em que foram analisados 4 acórdãos. Isso ocorreu pois os três primeiros acórdãos indicados pelo programa, que versavam sobre IC de usuários de drogas, eram quase totalmente idênticos: o primeiro relator determinava a internação compulsória e, em seguida, no mesmo documento, o 2º desembargador determinou o envio dos autos à reexame, negando a ordem de internação. Os argumentos, e a própria redação das sentenças, eram praticamente idênticos nesses documentos. Dessa forma, foi selecionado um quarto acórdão para compor o quadro analítico deste ano. Outra exceção foi o acórdão 3/2020, que não versa sobre a internação ou desinternação de usuário de drogas, mas sobre uma apelação na esfera criminal, referente a um processo que condena uma mãe e o dono de uma clínica por terem mantido um indivíduo em cárcere privado. A internação foi acionada como forma de punição direta ao filho, por ter comparecido a uma audiência trabalhista referente a um processo mantido contra ela. Esse acórdão foi mantido no escopo dos analisados a fim de ilustrar uma problemática altamente reconhecida atrelada ao dispositivo de internação e a esse tipo institucional.

Dessa forma, foram analisados e categorizados sistematicamente 21 acórdãos. Dentre os quais, 9 versam sobre a imputação ou manutenção da IC; um corresponde à uma apelação criminal; seis contêm argumentos pelo reexame necessário em ação de IC, sendo que 5 deles contêm, no mesmo documento, um voto pela imputação ou manutenção da IC, e um voto

divergente; um corresponde à redistribuição do processo a uma Câmara da Seção de Direito Público, mas apresenta em seu corpo a descrição do pedido de IC; um determina a condução coercitiva do indivíduo à realização do exame médico; e três versam, de alguma forma, sobre a desinternação de usuários de drogas.

3.3 Blocos classificadores e palavras-chave: ensaio de uma análise exploratória

Como anteriormente apresentado, o banco de dados ao qual foi aplicada a busca por palavras dos termos de interesse é um conjunto heterogêneo de acórdãos, que contém desde decisões de IC de usuários de drogas, disputas por pagamentos de honorários advocatícios em diversos cenários, internações de pessoas com outras necessidades de atenção em saúde mental, até tentativas de transição de penas de prisão em internações psiquiátricas. Nesse sentido, a exploração da incidência dos termos, arbitrariamente selecionados, ao longo dos anos não implica, de forma alguma, na elaboração de uma análise que corresponda aos processos de IC de usuários de drogas. Assim, o objetivo central desse subtópico é, tão somente, apresentar as potencialidades do uso do programa *Julia* em pesquisas documentais. Além disso, pretende-se compartilhar com o leitor algumas apreensões tomadas durante o processo de categorização e busca pelos acórdãos a serem analisados.

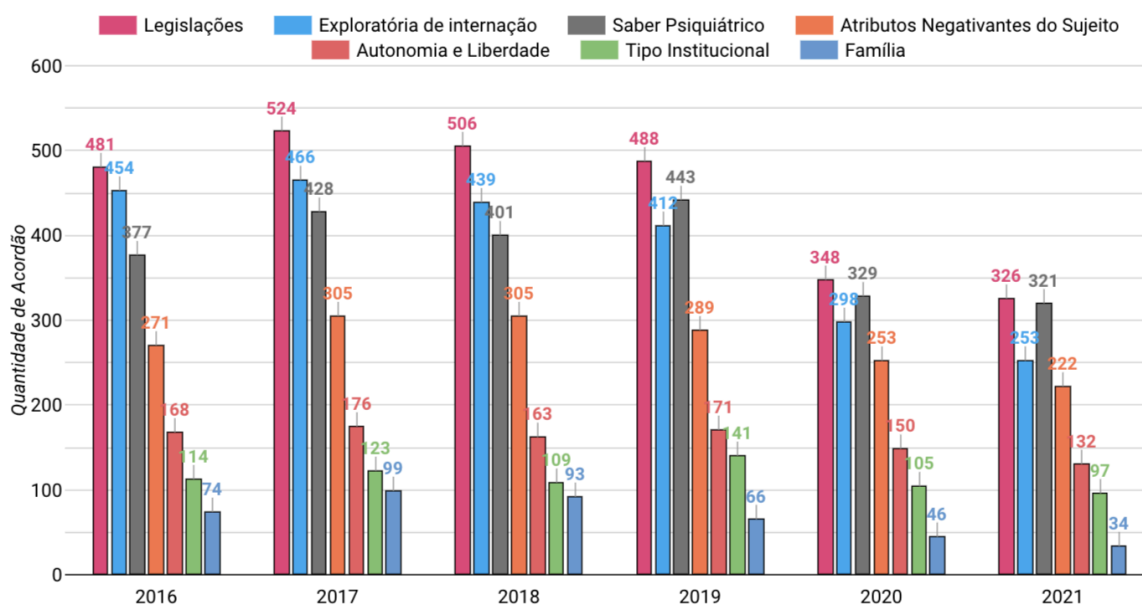
Antes de mais nada, é importante ressaltar o número de acórdãos coletados ao longo dos anos: 823 em 2016; 893 em 2017; 857 em 2018; 880 em 2019; 648 em 2020; 609 em 2021; 556 em 2022; e 587 em 2023. Como se observa, a partir de 2019 há uma considerável redução do número de acórdãos a respeito de IC. Há de se levar em consideração os impactos da pandemia quanto ao número de internações. Em minha pesquisa a respeito dos impactos da pandemia em um hospital psiquiátrico (Almeida, 2023), foi observada a redução de internações durante o período, como forma de refrear o alastramento do vírus no contexto institucional. Entretanto, a manutenção das baixas de acórdãos sobre IC levanta uma outra hipótese: o fortalecimento de políticas em sentido da contra-reforma psiquiátrica. Isso se daria no sentido da ampliação das internações *involuntárias*, em que não há o consentimento da pessoa internada, mas que não requer intervenção do poder judiciário.

É sabido que desde de 2016 e, em especial, com o governo Bolsonaro, houve significativos retrocessos nas políticas de saúde mental, principalmente desde a Lei nº 13.840, que marcou o aumento de verbas públicas destinadas às problemáticas CTs. De acordo com Fornazari, Canfield e Laranjeira (2020), houve em 2019 um índice de 25,5 internações involuntárias de saúde mental por 100 mil habitantes na capital paulista, 340% a mais do que as 5,8 por 100 mil habitantes registradas em 2003. No estudo em questão, são apontadas que a maior parte das internações dura menos de uma semana e foram devidas a distúrbios psicóticos e esquizofrenia. Mas, não deixa de ser um apontamento relevante considerando outros aspectos sociopolíticos que atravessam a questão da saúde mental.

Mesmo no governo Lula, considerado mais progressista, houve a criação de um “Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas”, inserido no Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Contudo, após receber diversas críticas dos setores ligados à Luta Antimanicomial, o departamento foi renomeado para “Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas”. Entretanto, o investimento nesse tipo de instituição não diminuiu. De acordo com notícias, o Ministério do desenvolvimento financiou 15 mil vagas, e uma portaria de agosto de 2023 prevê a ampliação desse quadro até 2026.

Diante desse quadro, tendo em vista que o uso de álcool e outras drogas é imputado enquanto quadro de enfermidade mental, não são banais as compreensões acerca de IC num contexto geral, especialmente ao se considerar o quão imbricadas são as questões. Nesse sentido, o gráfico a seguir apresenta a incidência dos blocos classificadores ao longo dos anos contemplados pela análise – 2016 a 2021:

Gráfico 1: Incidência dos blocos classificadores ao longo dos anos



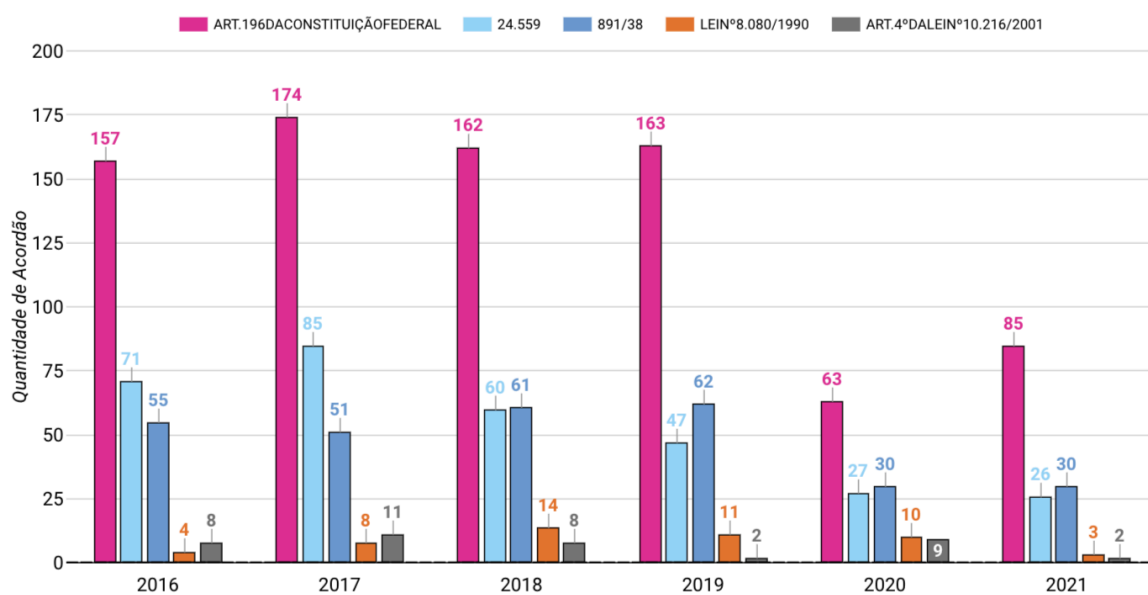
Fonte: Elaboração própria

Como é possível observar, os dois primeiros blocos com maior incidência são os de legislação, que contemplam algumas leis específicas e o exploratório. Nada há de surpreendente, haja vista que, obviamente, os acórdãos se embasam na legislação e o bloco exploratório abrange uma alta gama de categorias incidentes sobre o aspecto de internações em geral. Em terceiro lugar, o bloco sobre o saber psiquiátrico também é esperado, haja vista a necessidade de que as internações não-voluntárias sejam embasadas em pareceres de

especialistas. Contudo, a sobressaliência do bloco “atributos negativantes” do sujeito em relação ao bloco “autonomia e liberdade”, indica que nas decisões judiciais, em geral, são levadas em conta mais os atributos negativantes do sujeito, como “periculosidade” e “oferta de risco”, que os direitos de autonomia e liberdade.

Já no que se refere ao acionamento de legislações, essas estão especificadas no próximo gráfico, tendo sido excluída da representação gráfica a Lei nº 10.216, haja vista que, por ser ela que regulamenta as internações, está presente em praticamente todos os acórdãos do banco de dados. Também há de se levar em conta, que o termo “art. 196 da Constituição Federal” é muito específico. A Constituição Federal, em verdade, é citada, também, em praticamente todos os documentos referentes ao fazer da IC, mas com redação muitas vezes diferente do termo aplicado na busca pelo programa. Nesse sentido, o direito à saúde enquanto “dever do Estado” é amplamente acionado como legitimador de decisões de IC.

Gráfico 2: Incidência dos termos dentro do bloco classificador “Legislação” ao longo dos anos



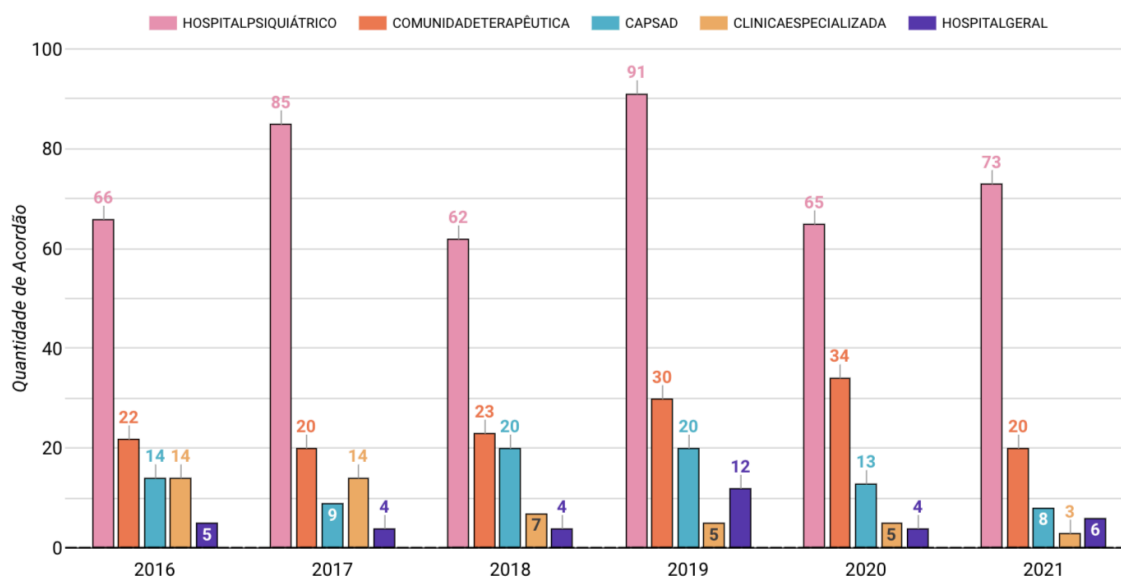
Fonte: Elaboração própria

Do gráfico acima, referente às leis constantes em processos que citam a IC, é importante ressaltar o constante acionamento do Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934 e Decreto-Lei nº 891 de 1938, que dispõem sobre a internação compulsória e involuntária de usuários de drogas. Ambos os decretos insurgem de regimes anteriores ao Estado democrático contemporâneo, significando um aparato, um “entulho autoritário” (Pinheiro, 1991), que perdura no ordenamento jurídico. De acordo com Novaes (2014), o Decreto n. 24.55/34 foi expressamente revogado pelo Decreto nº 99.678/90, em seu anexo, enquanto o

Decreto-Lei n. 891/1938, apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988.

Já no que se refere aos tipos institucionais citados nos acórdãos, referentes aos termos do bloco “tipo institucional”, sua incidência foi transposta ao gráfico abaixo:

Gráfico 3: Incidência dos termos dentro do bloco classificador “Tipo Institucional” ao longo dos anos



Fonte: Elaboração própria

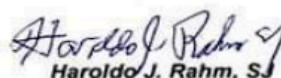
Em primeiro lugar, é válido ressaltar que a citação de um tipo institucional no documento não significa que esse será o destino do possível internado. As instituições podem ser citadas para se referir a internações anteriores do indivíduo ou, ainda, para indicar processos contra determinado estabelecimento que executa operações ilegais, como no caso das CTs que aceitam internações não-voluntárias, apesar de expressamente proibido pela Lei de Drogas e RDC 29/2011 da Anvisa. Um dos acórdãos analisados – fora do escopo dos 24 selecionados para análise sistemática –, inclusive, versava sobre a condenação do município de Jundiaí, por este estar realizando internações involuntárias e compulsórias em CTs. Contudo, é necessário um apontamento. Existe uma diferenciação entre “Comunidades Terapêuticas Acolhedoras”, nomeadas assim na nota técnica durante o Governo Bolsonaro, as quais são vedadas de realizar internações não voluntárias, além de não se enquadrarem exatamente como um serviço de saúde; e aquelas chamadas Comunidades Terapêuticas Médicas, que acolhem internações voluntárias e compulsórias³⁸.

³⁸ Após ter concluído a análise de dados, em conversa com um colega que trabalha na execução de políticas públicas, foi descoberta uma informação importante, mas que não pode ser adicionada à presente análise. As CT's e clínicas particulares são, por vezes, denominadas como “casa de oração”, um termo nativo apresentado

Como apresentado anteriormente, existem diversas denúncias de violações de direitos humanos envolvendo esse tipo institucional, inclusive entre aquelas que recebem verbas dos cofres públicos³⁹. Uma crítica apontada pelos defensores desse modelo é que grande parte das instituições não são filiadas à FEBRACT, o que levaria a uma sub fiscalização e ordenamento desses estabelecimentos. Contudo, é necessário também pontuar que, mesmo não recebendo internações não-voluntárias, esse modelo institucional se alinha, corrobora e fortalece um tipo de assistência pautado no proibicionismo e na abstinência, modelo esse que considera essenciais intervenções não-voluntárias em usuários de drogas. Como exemplo, houve a criação, em 2013, da Federação Brasileira das Clínicas Especializadas em Dependência Química (Involuntárias) (FEBRACI). O fundador dessa Federação, publicou um livro contextualizando a “importância” das internações involuntárias, declarando “EU FUI SALVO PELO INVOLUNTÁRIO” (*sic*, Brunelli Colares, 2019, p. 13). O prefácio do referido livro foi redigido pelo Padre Haroldo Rahm, fundador da FEBRACT. No livro, o prefácio é colocado em forma de imagem, contendo a assinatura do padre, e está reproduzido abaixo:

Figura 1:

Queremos escrever sobre Febraci.
 Febraci "Federação Brasileira de Comunidades Involuntárias" é uma Comunidade maravilhosa que luta para servir e dar sobriedade àqueles que desejam mais ou menos viver toda a vida alcoolizados e drogados. 10% dos brasileiros são alcoolatras e 3% drogados. Se não é exatamente o número, é uma indicação. Muitos destes doentes são violentos, ladrões, depressivos, com baixa autoestima e pensam que só drogando e alcoolizando podem ter a felicidade que desejam. Embora estejam errados, não querem tratamento. Em geral, destroem suas famílias, não cuidam dos filhos, não trabalham para ganhar um salário e vivem como cadáveres, violentos contra todos os que desejam ajuda-los. A Febraci dá a solução a muitas destas pessoas humanas, filhos de Deus e cidadãos do Brasil. Para pôr um doente em uma casa da Federação de Febraci, o doente precisa de uma ordem médica. Tenho visitado várias casas da Febraci e fiquei muito impressionado com o tratamento profissional guiado pelo departamento de saúde, a organização para os desorganizados doentes, o regulamento das enfermeiras em dar remédios, a limpeza das casas e a sabedoria dos diretores e coordenadores. Febraci é uma organização bem planejada para aqueles que não tem planos na vida e muitos deles são violentos e completamente destruidores de todas as coisas que são boas. Parabéns aos funcionários da Febraci. Espero que você receba o amor para a Febraci lendo este livro como eu recebi meditando sobre cada página.
 HAROLDO J. RAHM, SJ


 Haroldo J. Rahm, SJ

APOT – Instituição Padre Haroldo
 18 de novembro de 2015
 Campinas – São Paulo – Brasil

pelos usuários e suas famílias, transportado ao discurso dos operadores e que passa a integrar alguns documentos judiciais.

³⁹ Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-48628172.amp>

Fonte: Brunelli Colares (2019)

Como é observável, o discurso construído pelo padre na declaração de seu apoio à FEBRACI, é extremamente estigmatizante. O acionamento de atributos negativos antes do sujeito toma a forma de uma generalização, que atribui ao usuário de drogas o papel de executor do mal, dentro de um moralismo cristão. Cristaliza, em seu apoio, a configuração social do usuário de drogas enquanto doente-criminoso, destruidor de famílias, violentos, vagabundos que “não trabalham para ganhar um salário e vivem como cadáveres, violentos contra todos que desejam ajudá-los”; ou, ainda, “completamente destruidores de todas as coisas que são boas”. Não à toa argumentos extremamente semelhantes são acionados nas decisões judiciais de IC. A propagação desse tipo de discurso que se fundamenta na moral cristã que instaura dicotomias entre bem-mal, legitima as constantes intervenções de caráter higienista que ocorrem em grandes metrópoles do país, especialmente se voltando a usuários de crack.

Além disso, vale destacar que o padre Haroldo Rahm é estadunidense, nascido no Texas, chegando ao Brasil em 1964. Segundo sua biografia no *site* do Instituto Padre Haroldo, após receber seu chamado espiritual enquanto servia o exército estadunidense “dedicou sua vida a "combater o bom combate" semeando obras de caráter religioso e outras de caráter social ou que integravam espiritualidade e ação social, na busca por aliviar o sofrimento das pessoas que sofrem com a discriminação e que estão marginalizadas”⁴⁰. Esse corrobora para os apontamentos feitos na seção 2.2.1, acerca da influência dos modelos de tratamento norte-americano no Brasil a partir da década de 1960, confluindo com o alastramento de políticas e instituições orientadas pela racionalidade neoliberal em solo nacional.

Nesse sentido, posicionamentos em defesa de CTs, mesmo que não realizem intervenções involuntárias, têm um caráter controverso, por terem o proselitismo como fundamento. Haja vista que a percepção degradante dos usuários de drogas atravessa todo esse tipo institucional, como traduzido pelo posicionamento do fundador da FEBRACI, tomada como modelo ideal de regulamentação das CTs, que buscava aliviar o sofrimento dos que sofrem com a discriminação sem, contudo, deixar de lado uma percepção estigmatizante sobre essas pessoas.

⁴⁰ Fonte: <https://padreharoldo.org.br/padre-haroldo/>

Não será realizada a análise dos gráficos de outros blocos classificadores. Isso porque trata-se, em vários casos, de uma equivalência entre termos, o que poderia levar a uma interpretação confusa dos dados. O objetivo deste subtópico foi, em suma, apresentar alguns *insights* analíticos, destacando os limites e potencialidades da análise realizada através do *Julia*. O próximo tópico tem como objetivo apresentar alguns dos principais conceitos mobilizados na análise dos dados empíricos desta dissertação. Em sequência, será recuperada a discussão a respeito dos acordões de internação compulsória.

Seção 4

Essa seção foi escrita posteriormente à coleta e análise primária dos dados. De tal modo, seu objetivo é apresentar alguns conceitos teóricos importantes que serão mobilizados ao longo da análise dos dados empíricos coletados.

Ao longo das sessões anteriores busquei traçar uma espécie de genealogia de questões que são caras à compreensão do fenômeno de formas de políticas e formas de tratamento ao uso de drogas no Brasil, especialmente no entrecruzamento entre a psiquiatria e o direito. Agora, apresentarei conceitos e teorias trabalhados na literatura global que auxiliaram na compreensão do fenômeno estudado. Mais ainda, trabalharei a forma como alguns conceitos serão entendidos no desenrolar da análise de dados. Ou seja, busco uma cautelosa, porém promissora, articulação entre autores que tratam de objetos semelhantes, mas em perspectivas teórico-conceituais divergentes. Isso é interessante pois permitirá compreender as tomadas de posições dos agentes que se movem em espaços sociais estruturados pelas instituições e por relações de poder-saber e capitais profissionais.

Portanto, em um primeiro momento serão apresentadas as perspectivas de Nikolas Rose (2013; 2001) e Paul Preciado (2018) sobre a forma como as subjetividades se estabelecem contemporaneamente, em uma perspectiva que é alimentada pela relação das pessoas com a biologia, biotecnologia e, por consequência, com a medicina e as substâncias. Os autores mapearam as configurações subjetivas que levam as pessoas a compreenderem a si próprias como atravessadas por um emaranhado de construções que se orientam por tais aspectos. Essa compreensão resulta em um modo de se relacionar consigo mesmo e com os outros, estruturando formas de cidadania, além de edificarem premissas de uma ética e estratégias de si. Todos esses pontos serão melhor debatidos no próximo tópico.

Em segundo lugar, interessa discutir e articular os conceitos de “estratégia” e “campo”, presentes tanto na teoria de Foucault (1998; 2005; 2006; 2008a) como na de Bourdieu (2001; 2021), a fim de compreender as tomadas de posições dos agentes que se movem em espaços sociais estruturados pelas instituições e por relações de poder-saber e capitais profissionais. Apesar dos autores possuírem divergências teórico-conceituais, as aproximações entre formas de compreender as dimensões da agência em teorias pós-estruturais tem sido proeminentemente fecunda, como se observa nas obras de Garland (2008), Dardot e Laval (2016) e Laval (2020). Portanto, compreende-se os agentes enquanto inseridos em campos em/de disputa próprios, mas que podem sofrer interferências externas. Assim, as estratégias são entendidas em dois níveis: aquelas que estabelecem as “regras do

jogo”, que se encontram em disputa; e como os agentes articulam e mobilizam tais “regras” para atingir um determinado fim.

4.1 - Controle, risco e autonomia na era da “liberdade”

Nas seções anteriores, me deti brevemente na discussão dos atravessamentos da questão de drogas e racionalidades de governo. Em outras palavras, como as políticas de drogas nacionais e globais eram orientadas por certas formas de governar as pessoas, partindo do preceito de que não se trata apenas de um sintoma dessas governamentalidades, mas são fenômenos que se retroalimentam e se ordenam mutuamente. Isso significa que não apenas a política de drogas se estruturou a partir de uma racionalidade de governo informada pelo liberalismo, mas se tornou um dos fios condutores que possibilitou o exercício dessa forma de governar as pessoas, justificando a perseguição, extermínio e isolamento de parcelas populacionais consideradas perigosas ou indesejadas.

Entretanto, apesar de manter elementos estruturantes do início de sua formulação, a política de drogas, assim como as formas de governo, vem sofrendo mudanças a partir da segunda metade do século XX. Mudanças essas que não apenas se cristalizaram, mas não cessaram de avançar durante o século XXI. Ao passo que o aspecto repressivo se manteve constante, justificando, no Brasil e em outros países do sul global, ações violentas do Estado contra populações periféricas e racializadas, a relação da população em geral com drogas legalizadas chamadas medicamentos foi aprofundada e generalizada, tomando contornos epidêmicos. O novo normal é tomar medicações psiquiátricas, enquanto se entende o bem-estar subjetivo como produto de interações bioquímicas no cérebro.

Como demonstra Whitaker (2017), a medicalização em saúde mental vem produzindo uma verdadeira “epidemia de doenças mentais”. O autor, em sua obra, se propõe a solucionar um aparente paradoxo presente na sociedade estadunidense: como pode haver um aumento vertiginoso dos diagnósticos e incapacitações por transtornos mentais precisamente a partir do momento em que houve a chamada “revolução” no tratamento psiquiátrico com a invenção dos psicofármacos? Desde meados do século XX, momento em que os primeiros pacientes psicóticos passaram a ser tratados com neurolépticos, seguindo-se de tratamentos com ansiolíticos e antidepressivos, iniciou-se a formação de um consenso em torno do uso dessas drogas. Com a descoberta de compostos químicos capazes de alterar o comportamento, a promessa de “pílulas mágicas psiquiátricas” tornou-se uma oportunidade para enfrentar a crise na psiquiatria.

O autor apresenta que, para legitimar essas drogas como forma de cura, houve a tentativa dos pesquisadores de criarem uma teoria que explicasse a origem dos transtornos mentais partindo de uma perspectiva bioquímica. Surge, assim, a teoria do “desequilíbrio

químico do cérebro” (Whitaker, 2017, p.76). Segundo Freitas e Amarante (2017) três neurotransmissores têm sido supostamente qualificados como os mais importantes envolvidos nos transtornos mentais: a dopamina, a serotonina e a noradrenalina. Apesar de haver outros, crê-se que estes sejam os capazes de explicar os efeitos dos desequilíbrios químicos na causalidade de transtornos mentais, especialmente no que se refere a esquizofrenia, transtornos de ansiedade e depressivos. Assim, a hipótese do desequilíbrio químico se relaciona com a quantidade alterada desses neurotransmissores nas sinapses do cérebro.

Para esses autores, “a complexidade da psique humana e suas formas de prazer e sofrimento são resumidas a esse simples mecanismo de doença” (Freitas; Amarante, 2017, p. 80). Supõe-se, pois, que os antidepressivos normalizam os níveis de serotonina nas lacunas sinápticas, permitindo que as vias transmitam as mensagens em ritmo adequado. Já as alucinações e vozes que caracterizam a esquizofrenia resultariam de vias dopaminérgicas hiperativas. Dessa forma supõe-se que os antipsicóticos coloquem um freio nesse sistema. Destaca, ainda, que o termo antipsicótico foi adotado pela indústria farmacêutica como uma estratégia de marketing, já que o termo original, “neuroléptico”, não transmitia a promessa de ser um medicamento antipsicoses, da mesma forma como era esperado dos antibióticos, que combatem infecções.

Ainda de acordo com eles, essa teoria do desequilíbrio da dopamina surgiu após o início da constatação de que um dos efeitos dos psicotrópicos era justamente o de bloquear o sistema dopaminérgico. Destarte, a psiquiatria biológica deu um salto lógico partindo das seguintes proposições: se essas drogas curam a esquizofrenia – premissa maior – e também bloqueiam o sistema dopaminérgico – premissa menor –, a causa da esquizofrenia é a hiperatividade do sistema dopaminérgico – conclusão. Para os autores, “isso é tão lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina no corpo” (Freitas; Amarante, 2017, p. 81). Em confluência, Whitaker (2017) demonstra que pesquisas posteriores não conseguiram comprovar nenhuma dessas teorias de desequilíbrios químicos, que não são as causas das doenças mentais, mas que podem ser causadas pela administração de psicofármacos que alteram o metabolismo cerebral.

Tendo demonstrado que não apenas os psicofármacos nunca tiveram sua eficácia comprovada cientificamente, mas também há indícios de que possam ter contribuído para a epidemia de transtornos mentais, o autor se propõe a elaborar uma explicação sobre o motivo da narrativa favorável a “revolução psicofarmacológica” ter se mantido intacta até a contemporaneidade. Assim, demonstra que a psiquiatria enfrenta outra crise ao longo das décadas de 1960 e 1970, devido a críticas dos teóricos alinhados à antipsiquiatria, dos estudos

experimentais que questionavam a eficácia dessas drogas e de cisões internas dentro do próprio campo psiquiátrico.

A solução encontrada foi a de agarrar na identidade médica, reabilitar a reputação dos psicofármacos e unificar a psiquiatria ao redor de um modelo biomédico. Soma-se a isso a aliança estabelecida com a indústria farmacêutica a partir da década de 1980, quando essa passou a financiar mais abundante e diretamente pesquisas e eventos científicos ligados a psiquiatras influentes. Segundo Freitas e Amarante (2017), com essa sólida aliança, o que historicamente era um processo de construção social da doença foi substituído pela construção corporativa da doença. Em outras palavras, não é exagero afirmar que a crescente propagação de transtornos mentais e as “pílulas mágicas” para combatê-los são criação dessa aliança, que sintomatiza prazeres e sofrimentos humanos com a promessa de cura.

Como aponta Preciado (2018), no contexto do biocapitalismo, uma doença advém ao domínio da realidade como consequência de um modelo médico e farmacêutico, resultando de um suporte técnico e institucional capaz de explicá-la discursivamente, de materializá-la e tratá-la de forma mais ou menos institucional. O autor, em sua obra, busca compreender as transformações do capitalismo pós-industrial que se desenvolveram na segunda metade do século XX, chamando atenção para as mudanças subsequentes na produção de subjetividades. Essas mudanças seriam caracterizadas não só pela transformação do “sexo”, do “gênero”, da “sexualidade”, da “identidade sexual” e de “prazer” em objetos da gestão política da vida – como já intuito por Foucault –, mas pelo fato de que essa gestão em si mesma será levada a diante através das novas dinâmicas do tecnocapitalismo avançado, da mídia global e das biotecnologias.

O autor, assim, cunha um termo para nominar esse regime pós-industrial, global e midiático. Trataria-se, pois, de uma era farmacopornográfica: “o termo se refere aos processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual, dos quais a pílula e a Playboy são dois resultados paradigmáticos” (Preciado, 2018, p.36). Para ele, o sucesso da indústria tecnocientífica contemporânea consiste em transformar depressão em Prozac, masculinidade em testosterona, ereção em Viagra, fertilidade/esterilidade em Pílula sem que seja possível saber quem vem primeiro.

A sociedade contemporânea, pois, seria habitada por subjetividades toxicopornográficas definidas pelas substância – ou substâncias – que abastece seu metabolismo, pelas próteses cibernéticas e vários tipos de desejos farmacopornográficos que orientam as ações dos sujeitos e através dos quais eles se transformam em agentes: sujeitos-cannabis, sujeitos-cocaína, sujeitos-Prozac, sujeitos-silicone, sujeitos-heterovaginais,

sujeitos-dinheiro; para seguir alguns exemplos expressos no livro. O biocapitalismo farmacopornográfico não produziria coisas, mas ideias variáveis, órgãos vivos, símbolos, desejos, reações químicas e condições de alma. Não haveria, em biotecnologia e pornocomunicação, objeto a ser produzido. O negócio farmacopornográfico é a invenção de um sujeito e sua reprodução global.

Neste período de gestão técnica do corpo, a indústria farmacopornográfica sintetiza e define um modo específico de produção e consumo por meio de dispositivos de autovigilância imediata e difusão ultrarápida de informação, um modo contínuo de desejar e resistir, de consumir e destruir, de evoluir e se extinguir. As mudanças presenciadas a partir da segunda metade do século XX significaram a emergência de um terceiro regime de subjetivação, um sistema de saber-poder que não seria nem soberano, nem disciplinar, carregado pelas novas técnicas e tecnologias do corpo – biotecnologia, cirurgia, engenharia genética – e de representação – fotografia, cinema, internet – que se infiltram e penetram como nunca a vida cotidiana. Tecnologias biomoleculares, digitais e de transmissão da informação em alta velocidade.

Como o regime disciplinar não apagou as técnicas de soberania necropolítica, o regime farmacopornográfico não obliterou as técnicas políticas disciplinares. Três técnicas diferentes de regimes de poder estão justapostas e atuam no corpo produzindo o sujeito contemporâneo. Se na sociedade disciplinar as tecnologias de subjetivação controlavam o corpo a partir do exterior como um aparato orto arquitetônico, na sociedade farmacopornográfica as tecnologias se tornam parte do corpo: “diluem-se nele, tornando-se somatécnicas” (Preciado, 2018, p.85). Resulta-se disso que a relação corpo-poder torna-se tautológica, a tecnologia assume a forma do corpo, é incorporada a ele. Os modelos de controle seriam, portanto, microprotéticos. O corpo já não habita, necessariamente, os espaços disciplinadores, mas é habitado por eles. Uma miniaturização, internalização e introversão reflexiva⁴¹ dos mecanismos de controle e vigilância do regime “sexopolítico disciplinador”.

Toda essa transformação dos regimes de subjetivação e de saber-poder pressupõe uma intensificação da autovigilância e da autogestão. Esses temas, por mais que não explícitos o tempo todo, têm papel central na obra do autor, que junto às formulações e debates teóricos narra sua própria jornada de consumo da Testosterona em Gel. O consumo “clandestino”, sem orientação médica e que é utilizado na busca de seus efeitos “psicotrópicos” ao passo

⁴¹ “Movimento de torção para o interior, para o espaço considerado íntimo e privado” (Preciado, 2018, p. 86).

que permite “hackear o gênero” – nas palavras do autor –, coloca a questão de resistência e confluências ao regime contemporâneo de subjetivação: “Sou, ao mesmo tempo, um terminal de um dos aparatos de governamentalidade neoliberal e um ponto de fuga pelo qual escapa o poder controlador do sistema” (Preciado, 2018, p. 151).

Nesse cenário, o consumo de substâncias assume uma forma ambígua: pode operar como forma de resistência dos agentes ao mesmo tempo que empregada como forma de controle. Essa questão é trabalhada pelo autor ao analisar o caso da Pílula [anticoncepcional], chamada de “panóptico ingerível”. Em resumo, apresenta como a criação dessa droga é atrelada a processos que buscavam o controle da natalidade em populações racializadas e marginalizadas, notadamente marcada por processos coloniais e de eugenia, como no caso do seu teste em massa nas populações de “doentes mentais”, prisioneiros e habitantes de bairros periféricos em Porto Rico. Ao mesmo tempo que se aplica como uma forma de controle, incitando e produzindo formas de feminilidade heterossexual⁴², a Pílula pressupõe e permite empoderamento, autogestão e liberdade.

Para o autor, essa seria uma das marcas da mudança contemporânea dos regimes de subjetivação. Não seria mais necessário calar os indivíduos dentro de instituições do Estado para submetê-los a testes bioquímicos, pedagógicos ou penais, pois os experimentos sobre o ser humano vivo podem agora ser realizados em casa. Assim, a promessa biopolítica de governar corpos livres, identificada por Foucault, seria aqui plenamente realizada. Ao contrário do regime panóptico-disciplinar, estávamos confrontados com um mecanismo que reduziu sua escala para o de uma tecnologia biomolecular que pode ser consumida individualmente: “Na era farmacopornográfica, o corpo engole o poder. É uma forma de controle ao mesmo tempo democrática e privada, ingerível, bebível, inalável e de fácil administração, cuja propagação pelo corpo social nunca foi tão rápida e indetectável” (Preciado, 2018, p. 223).

Além disso, Preciado (2018), expressa desacordo em ceder à tentação de representar essa relação por um modelo dialético de dominação-opressão. Não se trata, portanto, de um

⁴² O autor explicita que a pílula é um exemplo da ingestão de hormônios, que agiriam na produção de masculinidades e feminilidades. A primeira versão da droga foi rejeitada pela FDA, pois o comitê científico da agência sentia que a feminilidade das mulheres norte-americanas seria posta à prova ao suprimirem completamente seus períodos menstruais. Isso levou a produção de uma segunda pílula, que poderia reproduzir os ritmos de um ciclo menstrual natural, induzindo o sangramento. Destarte, para o autor a Pílula obrigaria a estender o conceito de “de performatividade de gênero” de Judith Butler para além da imitação teatral e da “força performativa” linguística, a imitação técnica da própria materialidade do ser vivo. Ele chama esse processo de *biodrag*, definido como “produção fármacopornográfica de ficções somáticas da feminilidade e masculinidade” (Preciado, 2018, p. 205). O que seria representado e imitado pela Pílula não é um código de vestimenta ou um estilo físico, mas um processo biológico: o ciclo menstrual.

movimento unidirecional em que o poder miniaturizado do lado de fora se infiltra no corpo obediente dos indivíduos. Não é o poder infiltrado a partir do exterior, é o corpo desejando poder, procurando engoli-lo, administrá-lo. Ou seja, trata-se da já mencionada relação ambígua entre controle e liberdade: aceitar o controle exercido por uma série de mecanismos, aparatos e instituições acaba por desaguar na possibilidade de exercício de uma liberdade de si. As fronteiras entre coerção e liberdade, sujeição e agência, são borradas.

A questão das drogas psiquiátricas, creio, pode ser tomada como arquétipo, mais que a Pílula, dessa situação. Gastei páginas demais nessa seção e nas anteriores para discutir a relação entre indústria farmacêutica e psiquiatria na criação de patologias mentais e seus tratamentos. Também em minha última pesquisa (Almeida, 2023) demonstrei o papel fundamental que essas drogas exercem no interior de um hospital psiquiátrico, no controle e tratamento dos internos que são, em sua maioria, usuários de drogas ilícitas e alcoolistas. De fato, esses medicamentos devem ser encarados como “panópticos ingeríveis”, dispositivos de caráter quase disciplinar que agem na virtualidade da conduta desviante, seja a inquietação ou agressividade. Mas há limites para essa afirmação. Com exceção dos casos em que há a imposição de seu consumo – aplicação injetável ou diluição em água obrigando a pessoa a bebe-lá, como ocorre em instituições psiquiátricas –, consumir essa droga, assim como qualquer outra, pressupõe necessariamente uma agência, uma vontade do indivíduo de manifestar a ação, ou promessa de ação, da substância em seu corpo. Ou, em outros casos, da ação da substância no corpo de seus curatelados, como em crianças ou idosos que sofrem de demência.

Rose (2013), ao analisar as sociedades de “democracia liberal avançada” – sociedades do norte global –, chama a atenção para uma transformação da biopolítica no século XXI: estaria preocupada com as crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e mudar as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes. Sendo, assim, uma política da “vida em si mesma”. Haveria, portanto, modificações nas tecnologias e racionalidades de governo, que implicaram em uma ênfase crescente sobre a responsabilidade dos indivíduos na administração dos próprios negócios, na provisão da própria segurança com um olhar prudente no futuro. Para ele, as mudanças mais eloquentes foram sentidas no campo da saúde, onde as pessoas são cada vez mais estimuladas a se tornarem consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos, que vão desde drogas a tecnologias de reprodução e testes genéticos.

Segundo o autor, além e acima dessas mudanças, a novidade biopolítica contemporânea surge da percepção de uma experiência de “mudança de cadência”, um

crescimento qualitativo das capacidades de manipular nossa vitalidade, desenvolvimento, metabolismos, órgãos e cérebros. Essa mudança de cadência envolve uma alteração em escala: a (bio) medicina passou a visualizar a vida em nível molecular. Ou seja, em termos de propriedades funcionais de codificação de bases nucleotídeas e suas variações, mecanismos moleculares que regulam a expressão e a transcrição, o nexos entre propriedades, compreendendo a questão do gene, manipulando bases de DNA. Como destacado, em um nível, a maioria das pessoas ainda imagina seus corpos em termos “de mol”, na escala de membros, órgãos, tecidos, hormônios, fluxos de sangue e assim por diante. É nesse corpo molar que buscamos intervir e aperfeiçoar através de dietas, exercícios, cirurgia plástica e tatuagem. Entretanto, a percepção molecular engendra um “estilo de pensamento”, que não diz respeito somente a certa forma de explanação do que deve ser explicado, mas também ao que há para ser explicado.

Destarte, dois temas centrais emergem dessa nova racionalidade: a susceptibilidade e o aprimoramento. O primeiro reelabora crenças mais antigas segundo as quais debilidades eram predisposições herdadas que podem ser prevenidas pela assunção de um estilo de vida cuidadoso, moderado e prudente; já o segundo, assim como o primeiro, orienta-se para o futuro sob a noção de que quase toda capacidade do corpo ou da alma humana – força, persistência, atenção e a própria duração da vida – parece potencialmente aberta ao melhoramento mediante intervenção tecnológica. Assim, o corpo artificialmente incrementado já não é um ciborgue, como no aumento das capacidades corporais através de óculos, aparelhos auditivos ou marca-passos. As novas tecnologias de incrementação molecular não tentam hibridizar o corpo com equipamento mecânico, mas transformá-lo no nível orgânico, remodelar a vitalidade a partir de dentro. Nesse processo que torna o humano não menos biológico, mas ainda mais biológico, impera a noção do potencial de otimização da saúde que parte de uma série de cálculos que considera a vida em si mesma. Há tecnologias para maximizar a saúde que devem ser conciliadas com a moderação e prudência.

Ainda segundo o autor, uma das mudanças da medicina contemporânea é ter se alastrado por todo o tecido social. A jurisdição médica estendeu-se para além de acidentes, enfermidades e doenças para uma administração de doenças crônicas e morte, a reprodução, a detecção e administração do “risco”, além da manutenção e otimização da saúde do corpo. Estes últimos tornaram-se centrais para a “autoadministração de muitos indivíduos e famílias, empregando práticas que iam de dietas e exercícios, através do consumo de medicamentos patenteados, de suplementos alimentares, autodiagnóstico e autotratamento.” (Rose, 2013,

p.24). Ao mesmo tempo em que houve uma expansão dos poderes e atuações da medicina, movimentos sociais, do feminismo aos defensores do direito de portadores de deficiências, desafiavam o poder paternalista que os médicos exerciam sobre os pacientes e suas vidas.

Simultaneamente, houve tentativas de “conferir poderes” aos receptores do cuidado médico, que variaram de um país a outro, mas que incluíam a crescente ênfase sobre uma “cidadania ativa”, a emergência de culturas de litígio e compensação, transformação de pacientes em “consumidores” e a crescente disponibilidade de informações médicas na internet a partir de uma multiplicidade de fontes que os pacientes poderiam ter acesso a fim de modelar seus pedidos a seus médicos e avaliar ou desafiar suas opiniões (Rose, 2013). Que se pese o potencial problemático do acesso de informações na internet e sua avalanche de fake news, como se observou durante a pandemia de COVID-19, os indivíduos parecem deter cada vez mais uma espécie de “protagonismo” quanto à sua saúde. E, em contrapartida, isso é tão esperado quanto cobrado deles. Boa alimentação, boa noite de sono e prática de exercícios são questionados ao mesmo tempo que recomendados por médicos.

Nesse sentido, o que se observa é uma transformação do próprio poder pastoral (Rose, 2001; 2013), descrito agora como relacional. Não se trata mais de ser guiado por alguém, mas de ser sua própria “rocha”, uma espécie de autoliderança ligando-se a outras “rochas”, que seriam parceiros de prudência, pessoas com quem se dividem estratégias para a gestão de riscos. Não seria, portanto, o tipo de pastoreio em que o pastor conhece e direciona as almas do rebanho confuso ou indeciso. Implica uma dinâmica série de relações entre os bens pessoais daqueles que aconselham e dos que são aconselhados. Assim, a medicina tem sido central para as artes de governar; e não somente as artes de governar os outros, mas a arte de governar a si mesmo. Entretanto, os peritos somáticos envolvidos já não são simplesmente os profissionais da medicina, e os conselhos e intervenções deles na vida em si mesma se estendem largamente. Há múltiplos tipos de terapeutas, psicológicos, ocupacionais, de fala; existem peritos em boa saúde física, exercícios, nutricionistas. E, além disso, há uma vasta gama de conselheiros: conselheiros sexuais, conselheiros de família e relacionamentos, de saúde mental, *coaches*, educacionais e de toxicodependentes.

Esses “novos” pastores do corpo, para Rose (2013), desposaram-se dos princípios éticos do consentimento esclarecido, da autonomia, da escolha, da ação voluntária e do não deixar-se direcionar. Esses princípios devem ser traduzidos em uma série de microtecnologias para o gerenciamento da comunicação e informação, que obscurecem as fronteiras entre coerção e consentimento. No que tange a psiquiatria e o controle do crime, o autor destaca que esses princípios éticos têm aquisição limitada, mas voltaremos nisso adiante. Ainda de

acordo com ele, as relações com nós mesmos vêm sendo transformadas em novos jogos de verdade em que nos vemos envolvidos. Vitaminas, exercícios, tatuagens, transplantes de órgãos, drogas: a existência corpórea e a vitalidade do si mesmo tornaram-se o lugar privilegiado de experimentos do si-mesmo.

Concomitantemente, ciências e novos saberes neurológicos e comportamentais forjam um laço direto entre o que fazemos – como conduzimos a nós mesmos – e o que somos. Esses novos jogos de verdade atuam em um nível molecular, cujos fenômenos são tornados visíveis e transformados nos determinantes de nossos humores, desejos, personalidades e patologias, e se tornam alvo de novas técnicas farmacêuticas. E “essas técnicas não prometem simplesmente o combate, nem mesmo a cura, mas a correção e o incremento dos tipos de pessoas que somos e queremos nos tornar” (Rose, 2013, p. 45).

Assim, nesse “regime de si-mesmo” que implica a compreensão de pessoas como prudentes, por mais que empreendedoras, e que modelam ativamente o curso de suas vidas mediante atos de escolha, o uso de drogas psiquiátricas tem sua função remodelada: “eles são prescritos às pessoas, estas utilizam-nos na esperança de restaurarem a si mesmas” (Rose, 2013, p. 147). Destarte, em um regime do si-mesmo que enfatiza a auto realização e a necessidade de cada pessoa tornar-se o ator no centro de sua vida, essas drogas, muitas vezes utilizadas mais para complementar que substituir outras terapias, não prometem um novo si-mesmo, mas o retorno ao verdadeiro si-mesmo, ou a realização do verdadeiro si-mesmo.

O que é receitado e vendido aos pacientes é um sonho de controle. Assumir o controle de seus humores, tratar ansiedades que são os sintomas da doença, sentir-se você mesmo outra vez. Para Rose (2013), esses remédios não buscam tanto normalizar um deprimido, mas corrigir anomalias, ajustar o indivíduo e restaurar e manter sua capacidade de entrar nos circuitos da vida cotidiana. Circuitos esses que estão profundamente imbricados à noção de “disciplina do consumo” (Rose, 2001). Assim, para aqueles que estão tornando-se “si-mesmos neuroquímicos”, essas drogas prometem ajudar o próprio indivíduo, aliado ao médico e à molécula, a descobrir a intervenção que tratará uma anomalia molecular específica, na raiz de algo que o perturba pessoalmente e altera sua vida, a fim de restaurar-lhe o si mesmo a sua vida. Mas, eles estão enredados em determinadas concepções do que os seres humanos são ou deveriam ser. Uma ética, pois, é maquinada na composição molecular desses remédios, eles próprios incluem e incitam a formas particulares de vida nas quais o “eu real” é tanto natural quanto produzido. Assim, têm-se tornado centrais para as formas pelas quais as condutas são gerenciadas, por outros e por nós mesmos.

Se tratei tanto das drogas psiquiátricas, isso se deu por uma razão relativamente simples: os tratamentos psiquiátricos são, fundamentalmente, medicamentosos. Eles se aliam ao exercício de outros experts, como terapeutas ocupacionais e psicológicos, e recomendam outras formas de cuidado com o corpo, como exercícios, sono regulado e boa alimentação. Mas ao tratar da ação psiquiátrica estamos falando da receita e consumo de drogas legalizadas, que engrenam as complexas relações até aqui descritas.

O objetivo central deste trabalho é compreender as relações que diversos saberes-poderes estabelecem no gerenciamento da população de usuários de drogas, que através de seus discursos expõem, ao mesmo tempo que criam, regimes de verdade sobre essa população. Nesse sentido, o acionamento de autores que versam sobre o Norte global faz sentido na medida em que essas teorias podem ser absorvidas para compreender o estado atual das coisas em nossa sociedade, que parece partir, e agir a partir, do pressuposto de que as pessoas são responsáveis por gerir suas próprias vidas, especialmente, em nosso caso, no que se refere às condutas que implicam em seus corpos e saúde ao mesmo tempo que parecem definir quem elas são.

A questão do autocuidado, autoavaliação, autogerenciamento e autonomia, que requerem um controle externo para que possa se exercer um controle de si, parecem ser perturbadas pelo consumo de drogas ilícitas. Assim, em nossa racionalidade contemporânea, o consumo dessas substâncias têm potencial para definir o usuário como alguém que falhou em todos os supracitados circuitos de autogestão, e que, a partir de sua própria autonomia – ou seja, a decisão de consumir substâncias –, tornou-se alguém incapaz de gerir a si mesmo. Em suma, trata-se de um regime de verdade que pressupõem a capacidade e vontade dos indivíduos de se autogestionar e buscar se aprimorar cada vez mais, até o limite e, se possível, além desse limite.

Tendo isso em mente, gostaria de abordar mais alguns pontos que possibilitam compreender a ação estatal sobre a vida dos usuários, especialmente no que se relaciona à internação compulsória desses indivíduos. Ao avaliar a esfera do controle do crime, Rose (2013) aponta que as explicações biológicas da conduta tem seguido o fluxo de uma renovada ênfase na culpabilidade moral dos agressores, indiferentes às disposições biológicas, psicológicas ou sociais, em um movimento que se afasta das lógicas da reformulação em sentido às da proteção social que estaria ligada a algumas mudanças mais gerais no gerenciamento da conduta em sociedades liberais avançadas. Para ele, haveria uma concepção de “saúde pública” de controle do crime.

Assim, a biocriminologia contemporânea operaria no mesmo estilo de pensamento do restante da biologia molecular e da neurociência molecular, envolvendo a lógica da susceptibilidade, a predição e a prevenção. O problema do espaço no qual ela age é modelado por uma noção de “epidemia” de conduta antissocial, agressiva e violenta, “que se pensa oriunda de uma diminuição do autocontrole, da sensatez, da maturidade, do julgamento, do tato, do raciocínio” (Rose, 2013, p.337). Destarte, para controlar esses anticidadãos que parecem carecer das capacidades de autocontrole que estão no cerne do agir civilizado moral, uma dupla estratégia estaria se delineando: de um lado, seria necessário compreender as condições que conduzem a tal conduta antissocial, para identificar as pessoas com tais propensões e intervir nelas com o fito de reduzir o risco que representam para suas famílias e comunidades; de outro, seria necessário priorizar a proteção do público contra as ameaças à saúde física e mental que tais pessoas e suas ações representam.

Ainda de acordo com Rose (2103), a relação contemporânea entre a vida biológica do indivíduo e o bem-estar da coletividade é posta de forma diferente de como ocorria até meados do século XX. Consiste em uma variedade de estratégias que buscam identificar, tratar, gerir ou administrar aquelas pessoas, grupos ou ambientes onde o risco é considerado alto. Há estratégias atuariais ou epidemiológicas que visam reduzir os níveis globais de risco entre a população; estratégias para o gerenciamento de grupos de alto risco. E, de maneira crescente, estratégias baseadas na identificação de pessoas perigosas e na intervenção preventiva em relação a elas. Dessa forma, a questão do risco é compreendida em termos clínicos: apesar das pessoas, em certos grupos, serem portadoras de um “elevado risco”, as práticas que se seguem não dizem respeito tanto ao controle desses grupos em massa, mas à identificação de indivíduos específicos, cuja a pré-disposição pode levar à conduta violenta ou antissocial.

Dentro dessa concepção de prevenção à violência como saúde pública, os fatores biológicos agora são pensados como uma série de fatores de risco para a perpetração da violência, interagindo com uma série de outros fatores intrapessoais, familiares, comunitários, além de “outros traumas ou toxinas, tais como experiência de violência, álcool ou drogas” (Rose, 2013, p. 345). Destarte, a detecção precoce e as aspirações de tratamento dessa forma de criminologia são apenas uma série de táticas dentro desse amplo remodelamento dos mecanismos de controle, nos quais o trabalho de uma vasta gama de profissionais, de psiquiatras, policiais a assistentes sociais, chegou a ser entendido em termos de identificação, avaliação, comunicação e gerenciamento de riscos.

Dessa forma, para o autor, a meta torna-se tanto reconduzir esses indivíduos a uma condição em possam exercer controles adequados de sua própria vontade, ou segregá-los. Agressores reais ou potenciais devem ser confinados não como membros de uma subpopulação defeituosa ou de uma raça degenerada, mas como indivíduos intratáveis, incapazes de governar a si mesmos de acordo com as normas civilizadas.

É dentro desse cenário que operam as internações compulsórias de usuários de drogas, que funcionam como uma forma de gestão de riscos, para o próprio indivíduos e para terceiros, como forma de prevenção desses riscos. As drogas aparecem, então, como um sinal de predisposição a comportamentos violentos, anti sociais e potencialmente perigosos, que se aliam a descrições biográficas e de outros pequenos delitos. Dessa forma, parece haver uma espécie de aplicação da teoria das “janelas quebradas” (Kelling, 1996) em que o delito de drogas seria a “porta de entrada” para crimes mais severos, caso a conduta não fosse corrigida em seu princípio.

O acionamento da internação, e não da prisão, remonta a todas as técnicas supracitadas de orientação, aconselhamento e empoderamento de indivíduos, a fim de reconduzi-lo a um estado que possibilite sua autogestão adequada aos padrões civilizatórios esperados. Ou seja, restabelecer seu “si-mesmo” perdido. Não à toa as CTs baseiam sua assistência no contato dos internos com “conselheiros” que são ex-internos dessas instituições e conseguiram galgar um “caminho de sucesso” na superação do vício pela manutenção da abstinência. Trata-se de ligar os usuários a “rochas”, nas palavras de Rose. Como demonstra-se nos trechos de entrevistas colhidas por Vasconcelos, Paiva e Vecchia (2018) em sua pesquisa: “[...] E a gente trabalha no ato assim, de reformulação de comportamentos, de orientação” (Trecho de entrevista com trabalhador de CT *in* Vasconcelos; Paiva; Vecchia, 2018, p. 368). E ainda: “Porque eu, como dependente químico, se eu continuar sendo autossuficiente, achar que eu faço as coisas do meu jeito que vai dar certo, paro de ir à reunião... Por mais que eu queira a recuperação, você precisa de terapia, você precisa de grupo”. (Trecho de entrevista com trabalhador de CT ex-usuário de drogas *in*: Vasconcelos; Paiva; Vecchia, 2018, p. 370). Observa-se, pois, a valorização dos “parceiros de prudência” (Rose, 2001), no processo de empoderamento por aconselhamento que estrutura a busca pela recuperação do “si-mesmo”.

Na era da otimização e aprimoramento biológicos, a drogas ilícitas são percebidas – por uma construção moral e social, obviamente – como um sinal de perversão do indivíduo, uma quebra do pacto social de busca pela autorrealização e integração nos circuitos sociais marcados pela disciplina do consumo e lógica da competição entre indivíduos-empresas. O

usuário torna-se o risco iminente à sua família e comunidade, sendo necessário corrigir sua conduta antes que o risco virtual se materialize.

De acordo com Souza Minayo e Adorno (2013), em sua análise sobre a questão do risco e (in) segurança na atividade policial, o sentido de risco, adequado para descrever a situação intrínseca à profissão de policial, combina tanto a visão epidemiológica e a visão sociológica, na qual significa uma opção institucional e não um destino pessoal. Dessa forma, a noção de risco teria se agigantado como ideia obrigatória nessa etapa do capitalismo pós-industrial, ultrapassando seu sentido tradicional e entrando como tema na administração do cotidiano, como já observado anteriormente. O contraponto do conceito de risco, pois, “é a noção de segurança e o desejo de segurança absoluta que se opõem ao medo difuso e inespecífico do indivíduo frente aos danos que o outro possa causar a ele e a seus bens [...]”. (Souza Minayo; Adorno, 2013. p. 589- 590).

É dentro do complexo de gestão de risco em várias instâncias e a busca pela promoção de segurança e saúde pública dentro de uma crescente sensação geral de insegurança que o tema do uso de drogas se insere. Mas não sem estar imbricado com um dos pontos cognitivos estruturadores das sociedades contemporâneas: as noções de autonomia e a capacidade de governar a si mesmo. Coelho e Souza (2016), em seu artigo, promovem uma discussão sobre a temática que envolve o uso de drogas sob a ótica da autonomia e do princípio de respeito à autonomia. Apesar de dedicarem a análise a aspectos da seara criminal do direito, problematizando aspectos coercitivos e proibicionistas da Lei de Drogas que inferem sobre a liberdade de escolha dos sujeitos, fornecem informações importantes para a compreensão da internação compulsória no Brasil.

Os autores, em diálogo com bibliográfica interdisciplinar sobre o tema que vai desde textos jurídicos a bioéticos, apresentam que a autonomia “é o governo pessoal do eu que é livre de interferências governadoras através de outros, como também de limitações pessoais que obstam a escolha expressiva da intenção” (Coelho; Souza, 2016, p.5). Definem, ainda, o que seria “paternalismo jurídico-penal”, que é exercido através da coerção estatal, valendo-se de leis para proibir determinadas condutas. Em diálogo com a literatura, apresentam que uma norma paternalista teria como fim a preservação da autonomia individual. Assim, a preservação da autonomia seria alcançada por meio da tutela de bens jurídicos mais relevantes ao desenvolvimento humano, cuja ausência faz com que a pessoa “perca o controle sobre si mesma e não poderá mais agir conforme sua vontade” (p. 10).

Após desistirem de uma variedade de temas, os autores pontuam que é inaceitável qualquer forma de intervenção do paternalismo jurídico penal à proteção do sujeito de

autolesões consentidas, visto que isso impediria o exercício da autonomia. “Afinal, *o usuário eventual, que não sofre de dependência, tem noção e sabe o que é melhor a si mesmo* e pode prosseguir na sua autonomia para usar a droga” (Coelho; Souza, 2016, p.11, grifo meu). Os autores fazem questão de diferenciar, ou em suas palavras, “diagnosticar”, diferentes modalidades de usuário de drogas: o usuário, que enquanto indivíduo autônomo tem capacidades de discernimento; e o dependente, que teria autonomia reduzida em função do uso de drogas. Os autores, que integram o campo jurídico, apesar de realizar uma análise progressista quanto à questão do uso de drogas e valorização da autonomia individual e liberdade de escolha, estabelecem como aceitável a ação coercitiva e paternalista médico-jurídica frente ao que consideram dependente. Chegam até mesmo a exemplificar a diferença entre o que deveria ser a atuação médica frente a um “usuário” e um “dependente”, sendo justificada, no caso último, a omissão de outra forma de tratamento que não a internação. Contudo, não mencionam as implicações de tais medidas coercitivas e em nenhum momento ao longo do texto se referem a essa modalidade de “tratamento” ou sequer citam a LRP que regula as internações psiquiátricas.

Dessa forma, mesmo entre os “doutrinários” progressistas parece imperar uma noção de perda da autonomia frente ao uso de drogas que infere no governo de si. Não se trata, aqui, de afirmar que não há casos de pessoas que necessitem de internação frente a agravos de saúde em decorrência do uso abusivo de drogas. Mas de salientar que as discussões sobre essa modalidade de intervenção ficam ofuscadas frente à noção de perda de autonomia. Destarte, imperando a ideia de que certos indivíduos e grupos devem ser institucionalizados, sobre a prerrogativa de oferta de risco a si e terceiros, a discussão sobre onde e como essa intervenção deve ser feita cai para segundo plano. Nesse sentido, pouco importa se a institucionalização será feita em um hospital-dia, em curta duração em um CAPS, como preconiza a LRP, ou em uma Comunidade Terapêutica que se alia às modalidades manicomialis-asilares de tratamento. A ideia que rege a discussão sobre a questão de drogas é que a perda de autonomia justifica a intervenção coercitiva em função da “defesa da saúde” e neutralização de riscos.

No contraste à noção de autonomia, ou melhor, no momento em que se considera que houve a perda de autonomia, emerge uma noção que chamarei de “tutela do sujeito”. Esse conceito refere-se à ideia de uma visão de que algumas pessoas são incapazes de gerir seus próprios direitos, devendo, assim, lhes ser imposto. Ou seja, a partir do consumo de drogas, que leva à perda da autonomia, prevalece a ideia de que alguém deve intervir para fazer valer o direito à saúde, mesmo que na forma de uma imposição. Esse alguém, em nosso caso, será

traduzido pela figura dos magistrados que, como veremos adiante, mobilizam a cláusula constitucional do “Direito à saúde” como prerrogativa para impor uma medida restritiva de liberdade: a internação compulsória.

O objetivo central desta sessão foi abordar aportes teóricos que possibilitem a compreensão de lógicas gerais que parecem estruturar cognitivamente as percepções sociais em diferentes níveis. Tanto Preciado quanto Rose, apesar de possuírem divergências teórico-analíticas, apontam para a mudança contemporânea na compreensão do que é o humano a partir dos avanços biomédico-tecnológicos. Mudanças essas que são sentidas, também, nas racionalidades de governo, que passaram a inferir sobre a conduta de pessoas “mais livres”, que passaram a entender controle e governo como algo que se espera dos indivíduos sobre si mesmos, ao passo que cobram dos entes estatais e governamentais a manutenção da segurança e a mitigação dos riscos. Risco e segurança, assim, orientam as percepções sociais de nossa era, e justificam intervenções coercitivas sobre pessoas e grupos. Concomitantemente, a lógica geral de um “regime de si-mesmo”, trabalha sobre a perspectiva de assistência a partir de “empoderamento” e recondução ao “si-mesmo” perdido. O pacto social de nosso tempo é o governo de si mesmo, a busca pelo aprimoramento constante. Desviar de tais lógicas implica sujeitar-se à intervenção de poderes ao ser percebido como um fator de risco.

4.2 - Sobre a noção de campo e estratégia

Como já antes mencionado, essa seção foi escrita após a análise primária dos dados coletados. Tendo isso em mente, o objetivo deste subtópico é conceituar a forma como o presente trabalho compreende as noções de “estratégia” e “campo”. Ambos os conceitos, retirados das obras de Foucault e Bourdieu, servirão como base para que se possa compreender a dimensão da agência e as tomadas de decisão dos agentes, que se movem em espaços sociais estruturados pelas instituições e por relações de poder-saber e capitais profissionais. No caso em tela, será abordado o campo jurídico em dois níveis empíricos: i) as decisões dos magistrados acerca da internação compulsória de usuários de drogas; ii) os votos de ministros do STF referentes ao RE 635.659, sobre a descriminalização da conduta do uso de maconha. Dessa forma, compreende-se que os agentes inseridos no campo lançam mão de uma série de estratégias para se posicionar e fazer valer seus posicionamentos.

Assim, primeiro buscarei apresentar o conceito de campo, especialmente como é trabalhado por Bourdieu (2007; 2021), Sinhoretto (2010) e Garland (2008). Em seguida, será trabalhada a questão da estratégia, e a forma como se apresenta nas obras de Foucault (1995; 2006), Bourdieu (2004; 2021). Esse último conceito será essencial para a compreensão das ações dos agentes, que operam, também, em dois níveis: i) ligado às noções foucaultianas de estratégia sem sujeito, que denominaremos estratégia histórica (Luiz, 2021), e se refere a como são dadas as regras do jogo dentro do qual os agentes operam; ii) referente às noções bourdieusianas, que se referir ao sentido do jogo, ou seja, como essas regras são mobilizadas e articuladas por esses agentes. A ideia central é apresentar os principais conceitos mobilizados na análise empírica, que focaram em elucidar as estratégias adotadas pelos integrantes do campo jurídico para fazer valer suas decisões em um cenário de disputa, ao mesmo tempo que para modular o campo.

4.2.1. O campo

A noção de campo abordada aqui será essencialmente tomada de Bourdieu (2004; 2007, 2021), que o define como um espaço social estruturado por relações de força onde se desenvolvem lutas. Nessa esteira, o campo jurídico opera como um espaço definido por regras e disputas próprias, entre dominante e dominados, pelo monopólio da violência simbólica legítima, pelo direito de dizer e fazer direito. Assim, enquanto estrutura estruturada, ou seja, historicamente construída, contribui para construir o mundo, mas, dentro de limites de correspondência com estruturas preexistentes, de tal modo que a configuração do que se entende como visão de mundo justa, e do próprio *corpus* de textos, que assim os consagram, inclina-se à visão dos que, em tal momento, encontram-se como dominantes. De tal modo, tende a engrenar e (re) produzir o sistema de dominação, tornando o direito base de sustentação para outros campos, sendo um mecanismo de manutenção do *status quo*. Enquanto agente de violência simbólica, faz-se tanto mais eficaz enquanto consagrado como legítimo, ou seja, parte do pressuposto de cumplicidade de dominantes e dominados – mesmo que inconscientemente – para fazer valer sua dominação simbólica, ou seja, a imposição de legitimidade de uma ordem social.

Contudo, deixarei de lado a noção de violência simbólica trabalhada por Bourdieu. Isso porque esse trabalho compreende as relações de poder dentro de uma chave foucaultiana, ou seja, lê o poder dentro de uma chave microfísica de seu exercício, mas isso não é algo relevante para o momento. Voltando à definição de campo, Bourdieu (2021) expressa que estes teriam uma “autonomia relativa” em relação ao espaço ao seu redor. Significa, pois, que os campos operam dentro de regras e definições próprias, mas que são passíveis de inferências externas. Assim, são a retradução de forças externas que se expressam segundo uma lógica específica no interior desse espaço. Para o autor, a noção de campo leva a pensar não mais em interações, mas em posições. Destarte, poderíamos pensar o campo como um espaço de posições que age como espaço de forças possíveis, exercendo-se sobre os que entram nele.

Mas é preciso considerar, prossegue Bourdieu (2021), que esses campos são apreendidos por agentes sociais dotados de *habitus*, ou seja, de esquemas de percepção e de apreciação que os permite estruturar esse espaço. Nesse sentido, os *habitus* são o produto do condicionamento exercido pelas estruturas e esse produto estrutura o espaço no qual age. De tal forma, as estruturas do *habitus* são determinadas pelas estruturas do campo ou de um campo homólogo, estando, enquanto tais, no princípio da eficácia que as estruturas do campo

exercem sobre esses *habitus* na forma de senso prático, sob a forma de propensão, de adesão. Para o autor, haveria duas expressões da noção de campo: o campo como campo de forças e o campo como campo de lutas ou campo de ações, definição essa que é reconhecida por ele como artificial.

Assim, a definição de campo como campo de forças, como espaço de posições possíveis, é epistemologicamente prioritária no sentido de que, dentro do campo, as lutas, estratégias e ações dependem a cada momento do estado das relações de força. Ou seja, é um campo de lutas destinadas a transformar ou a conservar esse campo de forças, e essas lutas são determinadas em sua forma e orientação pela estrutura do campo de forças. Nesse sentido, os agentes são submetidos às forças que se impõem a eles e orientam suas ações, mas não são manipulados “totalmente” pelo campo. Eles exercem poder de agência, se situam praticamente em relação a esse espaço. Eles constituem esse espaço; agem sobre ele enquanto o espaço age sobre eles. Mas agem sob uma lógica que é imposta pelo espaço.

Nesse sentido, como expressam Harvey *et al* (2020), o campo de poder efetivamente desloca o foco da distribuição hierárquica do poder para as relações interorganizacionais, onde os agentes dominantes colaboram ou competem com seus pares em diferentes “mundos da vida”. O campo, assim, funciona como uma arena de luta, preocupada com mudanças ou resistências a mudanças. Reúne agentes de elite para formar coalizões baseadas em questões específicas e temporais, objetivando influenciar processos decisórios, fluxos de recursos e sistemas de significado na sociedade. A elite do campo, por seu turno, seria constituída pelos agentes mais dominantes.

Por outro lado, abordando a teoria foucaultiana, é necessário pontuar que, diferente de Bourdieu, Foucault não fornece uma definição precisa do conceito de campo, por mais que seja recorrentemente abordado em sua análise. Ao longo de seus textos o autor trabalha diversas questões sobre o campo da psiquiatria (Foucault, 2006; 2019), da medicina (Foucault, 1998), da sexualidade (1988), da punição (2014) e da governamentalidade (2008a; 2008b), sem, contudo, explicitar de forma exata sua compreensão do termo. Em linhas gerais, pois, é possível afirmar que não trata a questão como categoria teórico-analítica central, enfatizando as dinâmicas históricas, discursos e tecnologias de saber-poder que atravessam os campos. Seu foco não se dá sobre a estruturação do campo, mas nos processos históricos e contingentes que o constituem. Destarte, os campos de poder seriam, para ele, constituídos através de dispositivos, tecnologias e estratégias que regulam corpos e condutas; seriam espaços relacionais onde se dão interações de poder e resistência. É uma rede dinâmica de forças onde os sujeitos são constituídos e reconstituídos.

Contudo, ao trabalhar a questão do direito e do campo judiciário, Foucault (2005) expressa que esses seriam “o veículo permanente de relações de dominação, de técnicas de sujeição polimorfos” (p.32). Dessa forma, para ele, o direito precisaria ser examinado não sob o aspecto de uma legitimidade a ser fixada, mas sob os aspectos dos procedimentos de sujeição que põe em prática. Dessa forma, pressupõe também uma série de disputas dentro do campo mas que também se espraiam para fora dele. Seu objetivo de estudar o “como do poder” implicaria dois pontos de referência: as regras do direito que delimitam formalmente o poder; e os efeitos de verdade que esse poder produz e que reconduzem esse poder. Trabalha, pois, sobre um triângulo: poder, direito, verdade. Dentro do campo se estabelecia o que caracterizava como jogos de verdade. Isso significa dizer que o campo opera a partir da produção de discursos de verdade ao mesmo tempo que depende de discursos de verdade para poder operar.

É a partir do entrecruzamento entre ambas as perspectivas que esse trabalho pretende abordar a questão do campo. Ou seja, compreendemos o campo, em especial o campo jurídico, como uma arena de disputas entre os agentes, que molda a perspectiva de seus integrantes, suas possibilidades de ação, as formas como estruturam estratégias possíveis de ação dentro desse campo. Ou seja, o campo como ordenador das regras do jogo que jogam aqueles que os integram. E, ao mesmo tempo, observando a forma como a ação dos agentes interferem e também moldam o campo e suas regras. Isso sem perder de vista que as ações de tais agentes inserem-se dentro, ao passo que produzem regimes, jogos e discursos de verdade, que serão tanto incorporados ao campo como disparados para fora dele. Para isso é essencial ter em mente a noção de autonomia relativa dos campos, a ideia de que o campo pode tanto sofrer influências externas como influenciar outros na medida em que as supracitadas dinâmicas se estabelecem.

Garland (2008), ao estabelecer uma análise sobre as transformações no campo do controle do crime na Grã-Bretanha e EUA nas últimas décadas do século XX, aponta que um reconfigurado campo do controle do crime significa mais do que apenas uma mudança na resposta da sociedade ao crime. Importaria, também, em novas práticas relacionadas ao controle de comportamentos e a maneira de se fazer justiça, em conceitos revisados de ordem social e de controle social e em modos alterados de se manter a coesão social e de lidar com relações entre grupos. Assim, por trás dessas novas respostas dadas ao crime, encontrariam-se novos parâmetros de mentalidades, interesses e sensibilidades que alteram o modo como o problema subjacente é pensado e sentido. Para ele, o campo do controle do crime possui certa autonomia e uma capacidade de incorporar desenvolvimentos e mudanças, de modo que toda

transformação no campo sinaliza para transformações correlatas na estrutura dos campos e das instituições sociais que lhe são contíguos.

Segundo o autor, os determinantes sociais e econômicos do “mundo externo” afetam a conduta dos agentes do sistema penal – como policiais, juízes, agentes prisionais –, mas o fazem de forma indireta, através da modificação gradual das regras de pensamento e de ação internas a um campo que possui “autonomia relativa”. Destarte, tendências sociais como crescentes taxas de criminalidade e sensação de insegurança, crises econômicas, guinada política do Estado do bem-estar para o neoliberalismo, mudanças na relação de classe, raça, gênero e entre outras, devem ser traduzidas na linguagem dos costumes do campo, antes de serem capazes de exercer efeito sobre ele.

As estruturas, de sobremaneira as mudanças estruturais, prossegue Garland (2008), são propriedades emergentes, que resultariam das ações recorrentes e reiteradas dos atores que ocupam o espaço social em questão. Assim, a consciência desses atores, ou seja, as categorias e estilos de raciocínio com os quais eles pensam, e os valores e sensibilidades que guiam suas escolhas, são elementos chaves na produção da mudança e na reprodução da rotina. O autor destaca que os atores e agências que ocupam o campo da justiça criminal – com seu treinamento, ideologia, interesses e experiências particulares – são sujeitos humanos pelos quais e em nome dos quais os processos históricos são levados a termo. Portanto, o entendimento destes sobre sua própria prática e sobre o sistema em que trabalham se apresenta como crucial na formação da operação das instituições e dos mecanismos sociais nos quais se inserem.

As retóricas, discursos e racionalidades baseadas no conhecimento ou valor que envolvem serão, pois, tão importantes quanto a ação e decisões, com o fim de produzir provas sobre as características do campo. Segundo o autor, uma nova configuração apenas emerge completamente estando arraigada nas mentes e hábitos daqueles que operam o sistema. O processo de mudança se manterá incompleto até que essas pessoas tenham constituído um habitus apropriado ao campo, que permita atender às suas demandas e produzi-las como resultado lógico.

Lançando olhar ao cenário nacional, Sinhoretto (2010) para a mobilização do conceito de campo para a compreensão da questão jurídica e da administração de conflitos. Nesse sentido, a autora apoia-se, também, na ideia de campo de Bourdieu, mas assinala as influências antropológica e foucaultiana na composição do objetivo que serve à compreensão da existência não apenas de corporações, saberes e instituições que competem nos limites de uma lógica relativamente autônoma, mas também de rituais de administração de conflitos que

competem entre si produzindo resultados e efeitos díspares. Pontua que na leitura feita, no Brasil, do conceito de campo jurídico, o conceito de campo estatal de administração da justiça incorpora o uso da informalidade e de técnicas não-judiciais de administração de conflitos por instituições estatais. Assim, considera que práticas informais, ilegais ou não referenciadas às leis escritas não são somente falhas na implementação da lei cometidas por maus profissionais, mas são uma parte de rituais de administração de conflitos que estão em disputa no interior do campo e não podem ser negligenciadas.

A autora prossegue pontuando que a análise do campo estatal de administração de conflitos privilegia os papéis e posições assumidos nos rituais por agentes estatais e seus representantes, e pelas partes em conflito, buscando compreender as relações estabelecidas entre eles, as equidades e as hierarquias produzidas, a produção e circulação de verdade, a negociação dos significados de leis, normas, valores e direitos. Busca, pois, investigar os rituais de resolução no modo como encarnam valores e criam efeitos de produção, reprodução e modificação de relações de poder; além de verificar na prática cotidiana desses rituais, como eles são espaços de disputa de dois tipos simultâneos de monopólio estatal: o do uso legítimo da violência física e o de dizer o direito.

Nesse sentido, o conceito de campo, para ela, informa ao mesmo tempo que esses rituais, instituições, agentes e postos de trabalhos estão referenciados uns aos outros visto que há uma lógica hierárquica que atravessa e coordena todos, estabelecendo posições diferenciais para tipos de conflitos, pessoas, coisas e lugares. Destaca que faz parte da dinâmica, ainda, que indivíduos alocados nas posições mais subalternas tentem estratégias para se deslocarem espacial ou simbolicamente para posições melhores.

Sinhoretto (2010) apresenta que uma reflexão sobre o caso brasileiro levaria à descrição de um campo com pelo menos quatro grandes lógicas, ou quatro intensidades de interação de administração de conflitos aos quais correspondem hierarquias de rituais, de pessoas e de tipos de conflitos. Assim, a escala de maior intensidade lida com os conflitos considerados os mais complexos, protagonizados por indivíduos de alto prestígio social, com grande capital simbólico e financeiro, que utilizam a plena potencialidade dos recursos de que dispõem para assegurar direitos e garantias ou, ainda, para obter o reconhecimento de novos direitos e garantias.

A segunda escala de intensidade corresponderia aos rituais e administração de conflitos da justiça comum, sendo acessada por pessoas “mais comuns”. Nela, a capacidade de mobilização dos recursos do direito seria limitada pelas barreiras de acesso à justiça e excessiva burocratização dos procedimentos e instâncias. De um lado, acusados têm recursos

limitados de defesa conforme sua condição econômica, de classe, pertença racial, gênero, religiosidade e local de moradia. De outro, vítimas de violação de direitos encontram dificuldades homólogas de acordo com sua posição na malha de hierarquias e conhecimento das regras do jogo.

A terceira, de baixa intensidade, foi introduzida como inovação para oferecer respostas aos “defeitos” do sistema judicial clássico, buscando contornar as barreiras de acesso. Já a quarta, de mais baixa intensidade, corresponde ao tratamento dispensado aos conflitos considerados não apenas pequenos, mas irrelevantes ao tratamento por instâncias formais do campo. São procedimentos em que os agentes mais subalternos do campo dão soluções aos conflitos de forma extremamente rápida, sem respaldo em leis e direitos, fora do sistema legal, sem nenhuma forma de oficialização.

Sinhoretto (2010) destaca que o campo de administração de conflitos não ficou inerte às pressões sociais por reforma da polícia e do judiciário e lutas por direitos coletivos que marcaram as décadas pós redemocratização. Vendo, assim, brotar inovações importantes como o incremento de delegacias especializadas e varas especiais. Por outro lado, os obstáculos às reformas das instituições judiciárias tomam contornos nítidos quando acabam parecendo com um inventário de propostas parcialmente fracassadas por estarem aprisionadas à lógicas hegemônicas e hierarquias estruturantes do campo, de modo que tais reformas acabam por atingir somente setores restritos ou animando uma parte minoritária dos agentes, ou se moldando a estruturas de pensamento e práticas preexistentes, perdendo sua força transformadora.

Pensar a questão da regulação e atenção ao uso de drogas, e da própria questão de saúde mental, a partir dessas perspectivas, nos fornece grande potencial analítico. Em primeiro lugar, as reivindicações e lutas de movimentos sociais antimanicomiais somente puderam ser incorporadas ao campo do direito quando foram traduzidas as linguagens dos costumes do campo. A possibilidade de existência da LRP se liga intimamente ao caso Damião Ximenes, ocorrido em 1999, quando ele, portador de transtorno mental com sintomas de esquizofrenia, foi encontrado morto e com sinais de tortura na Casa de Repouso Guararapes - filiada à época ao SUS -, levando seus familiares a encaminharem o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos⁴³ (GARCIA, 2016).

Todos os processos descritos na seção 2.2 que levaram a transformação, pela promulgação da LN em 2006, da forma como o usuário de drogas é percebido, que deveria se

⁴³ Sendo esse o primeiro caso contra o Brasil em tal corte e o primeiro a abordar a questão da saúde mental e dos portadores de transtornos mentais dentro do Sistema Interamericano (GARCIA, 2016)

relacionar a questões de saúde mais que criminais, influíram de forma extremamente limitada no campo jurídico, como demonstrado pelo estudo de Sinhoretto, Zilli e Couto (2024). Mesmo com a promulgação da LRP, e o posterior enquadramento dos usuários de drogas em sua lógica, ela não foi capaz de inferir profundamente no campo, não foi plenamente traduzida em termos de modificação dos *habitus* dos operadores, de modo que a lei que foi promulgada com a intenção de combater os sistemas de atenção manicomial-asilares é mobilizada para legitimar e justificar as internações compulsórias, como será apresentado adiante.

Dessa forma, as decisões que se aliam ao que preconizava essas lutas e movimentos sociais dependerão tão mais da disposição, estilo de pensamento, valores e ideologias do operador do que como uma forma de estrutura geral do campo. Nesse sentido, os operadores do direito que se alinham à tais perspectivas devem lançar mão de uma série de estratégias que os permitam fazer valer tal compreensão “progressista” da lei, batendo de frente com decisões e perspectivas de outros operadores que tendem a agir a partir de um entendimento “mais geral” da questão de drogas, que se filia à compreensão hegemônica marcadamente proibicionista e abstermia. Com isso em mente, o objetivo do próximo subtópico é debater e explicitar a forma como esse trabalho compreende o conceito de “estratégia”.

4.2.2. A estratégia

Aos fins deste trabalho darei ao conceito “estratégia” um lugar central. Isso porque este conceito se demonstrou proeminentemente fecundo para a análise das tomadas de posição e ação dos agentes dispostos no campo, este que é, como supra debatido, um espaço de, e em, disputa. A ideia de estratégia permite compreender a forma de exercício de agência dos atores, que devem disputar o campo, e sua posição no campo, a partir das regras próprias deste espaço, ao mesmo tempo que tentam configurar essas regras. Quando magistrados disputam o destino de um indivíduo por meio de seus votos em um julgamento, será necessário que lancem mão de uma série de táticas e procedimentos de convencimento que se enquadrem legitimamente dentro das “regras do jogo” jurídico.

Concomitantemente, essas decisões e disputas acabam por moldar as regras do jogo, seja na forma de jurisprudência que posteriormente serão acionadas por outros magistrados em suas tomadas de decisão; seja através do acúmulo de decisões em determinado sentido que desaguarão em um conjunto considerado insatisfatório ou problemático por instâncias superiores que buscarão, em uma disputa própria, reordenar as regras do jogo. Como exemplo prático desse último ponto temos a votação do STF no RE 635.659, que decidiu pela inconstitucionalidade do art.28 da lei de drogas, que não estabelecia critérios objetivos para a distinção de usuários e comerciantes de substâncias apontadas como ilícitas. Como resultado dessa não distinção, houve um sem-número de decisões judiciais pelo encarceramento de indivíduos negros, pobres e moradores de periferia que portavam quantidades irrisórias de maconha, enquanto enquadrava brancos de classes médias e altas como usuários. O acúmulo dessas decisões, cujas estratégias de elaboração e disputa eram dadas pelo campo, levou à necessidade de reconfigurar as regras do jogo pelo STF, que estabeleceu critérios objetivos para a presunção do enquadramento de indivíduos como usuários. Como sabemos, o campo detém autonomia relativa, essa mudança de regras somente foi possível por mudanças mais gerais na sociedade brasileira, mas isso será trabalhado em outra seção.

Dessa forma, compreenderemos a estratégia em dois níveis: a do sentido do jogo, como as regras são mobilizadas e articuladas para se chegar a determinado fim e se obter determinados resultados. Essas estratégias se estabelecem no nível primário das disputas, no momento do “combate direto” das tomadas de posição, refere-se, em nosso caso, à forma como os agentes mobilizam instrumentos, documentos, jurisprudências e argumentos para fazer valer sua interpretação do sentido da lei, dos direitos e obrigações. Chamaremos a elas de “estratégias de combate”. No segundo nível está o que chamaremos de “estratégia

histórica”, que se refere ao sentido de “orientação social geral” que o conjunto de resultados que as estratégias do nível progresso geraram e que potencialmente ordenaram as regras do jogo e o curso geral da sociedade. Isso significa pensar que o sentido das práticas e saberes que se estabelecem como majoritárias, assim como o fluxo de processos que desaguam em determinada forma social não são pensados, articulados e preparados por um “grande estrategista”, como um gênio do mal ou uma classe perversa, mas que é o resultado de uma série de disputas que se estabelecem no nível das tomadas de posição “face a face”.

Essa compreensão do conceito, como já mencionado diversas vezes anteriormente, é informado pelo *corpus* teórico-analítico das obras de Foucault e Bourdieu. Mesmo considerando as diferenças presentes nas teorias de ambos, tomar seus postulados como uma caixa de ferramentas para elucidar questões empíricas demonstra-se frutífero. Destarte, explorarei a forma como esse conceito é apresentado no pensamento de cada um dos autores a fim de explicitar como o conceito será apreendido e trabalhado, mas objetivando apresentar seu potencial analítico para as ciências sociais de forma ampla.

De acordo com Bourdieu (2004), a estratégia é “produto do senso prático como sentido do jogo, de um jogo social particular, historicamente definido, que se adquire desde a infância, participando das atividades sociais” (p.81). O autor mobiliza esse conceito a fim de descrever as tomadas de posição dentro de um campo específico. Toda ação histórica seria produto do confronto entre dois estados da história: a história no estado objetivado, aquela que está acumulada nos instrumentos, documentos, ritos, teorias, costumes, tradições, etc. e aquela no estado incorporado (Bourdieu, 2021). Para o autor, o conceito de estratégia é evocado como instrumento de ruptura com a “ação sem agente” suposta pelo estruturalismo, que recorre, por exemplo, à noção de inconsciente. Mas, seria possível recusar-se a ver a estratégia como produto de um programa inconsciente, sem fazer dela o produto de um cálculo necessariamente consciente e racional. É nesse sentido que a metáfora do jogo é invocada.

Bourdieu (2021) propõe um “tipo de pensamento” com o objetivo de restituir ao agente uma responsabilidade real: ele não seria alguém que executa um programa escrito antecipadamente, nem alguém que produz seu plano, mas alguém cuja ação pode ser descrita em termos de “tudo se passa como se ele tivesse um plano”. Nesse sentido o jogo e senso do jogo seriam a metáfora mais adequada, visto que nos esportes os atletas valorizam o “senso do jogo”, uma forma particular do senso prático. Consiste não em se encontrar no lugar onde o jogador adversário parece que vai mandar a bola, mas justamente no lugar onde ele a mandará. Ter o senso do jogo é ser livre em relação ao jogo por compreender suas

necessidades, é ser aquele através do qual o jogo se realiza: “o bom jogador, que é de algum modo o jogo feito homem, faz a todo instante o que deve ser feito, o que o jogo demanda e exige” (Bourdieu, 2004, p.81). Esse senso se adquire jogando, é produto de uma experiência constituída socialmente, é o produto da história que torna possível a ação histórica. Quem detém esse senso economiza energia em relação àquele que não o tem porque se encontra no lugar certo enquanto o outro começa indo para o lado errado.

Nesse sentido, ter o senso do jogo é ter um conhecimento de senso prático, um conhecimento que não é, em si, teórico, que se realiza no momento de uma ação que é mais ou menos inconsciente, calculada racionalmente. Ter o senso é se sentir como “um peixe dentro da água”, que entende e encarna seu funcionamento geral, agindo de forma quase “automática” através de suas ações. É uma ação organizada em relação a fins sem que, necessariamente, o próprio objetivo da ação tenha sido formulado enquanto tal e os meios tenham sido calculados em relação a esse fim. A liberdade de invenção, de improvisação, que permite produzir a infinidade de lances possibilitados pelo jogo tem os mesmos limites do jogo. Para Bourdieu (2004; 2021), o *habitus* como sentido do jogo é o jogo incorporado, transformado em natureza. Nada é mais simultaneamente coagido e livre que a ação do bom jogador. Nesse sentido a estratégia é o que opera na realização desses “lances”, que podem ser infinitamente inventivos, mas somente nos limites do jogo, do campo em que se situa. Assim, as lutas no campo não objetivam somente triunfar na luta, mas também definir os objetivos das lutas capazes de oferecer maiores chances de triunfar na luta. A luta, pois, assume a forma de uma luta sobre os objetivos da luta e, consoantemente, sobre a definição da maneira legítima de lutar.

Por outro lado, a noção de estratégia no pensamento de Foucault se apresenta menos em termos de “jogo” e mais em termos bélicos. Como demonstra Luiz (2021), a partir da década de 1970 Foucault adota uma perspectiva belicosa. Seu prisma de compreensão do mundo e da realidade pressupõe relações de força como coextensivas ao conjunto da sociedade. Dessa forma, ele teria adotado uma espécie de sociologismo e historicismo radical: a apreensão de que as coisas não tem essência. Dessa forma caberia ao genealogista demonstrar como o presente se tornou o que é em uma perspectiva de combate entre as partes. Essa perspectiva, poderia ser cognominada *ontologia bélica*: “os seres se constituem em conflito, sendo a relação que entre si estabelecem sua própria substância” (Luiz, 2021, p. 52). Como o devir é belicoso, deve ser compreendido em termos “militares”, as tomadas de posição são, pois, táticas. Dependendo das consequências dos movimentos táticos, eles possuem consequências estratégicas e, em seu conjunto, formam estas. É nesse sentido que

Foucault propõe a ideia de grandes estratégias anônimas. Estratégias essas que se formam de maneira quase casual. Visto a belicosidade, essas estratégias não se efetivam, factualmente, como pensadas nos movimentos táticos; seu resultado depende de lutas efetivas. Essa noção é geralmente entendida como “estratégia sem sujeito” ou “estratégia sem estrategista”, justamente por se formar com o conjunto causal de táticas, disputas e combates entre uma série de elementos envolvidos, mas sem uma espécie de gênio estrategista a tramar o futuro do *kosmos*. Entretanto, por estarem sujeitos envolvidos nesse conjunto de tomadas de posição, Luiz (2021) as trata como *estratégias históricas*, termo que também será adotado aqui.

Essa guinada de Foucault é explicitada em sua análise sobre o campo da loucura e da psiquiatria. Em "A História da Loucura na Idade Clássica" (Foucault, 2019) a questão do poder é suprimida pela ideia de uma loucura originária que foi reprimida pelas injunções do poder político. Já no curso “O poder psiquiátrico” (Foucault, 2006), a loucura emerge mais como uma criação das instituições de medicina mental. Como apresentado na Seção 1, a loucura, a partir do século XIX, deixa de ser considerada um erro e o indivíduo considerado louco passa a ser percebido como alguém dotado de certa força, de certo poder que precisaria ser neutralizado, domado, adestrado. Essa inovação em relação à loucura, como também já apresentado, decorre de uma transformação global das formas de exercício de poder, que passa de um regime soberano ao disciplinar.

Destarte, esse sistema de poder no interior do asilo, que distorce o sistema regulamentar geral, é assegurado por uma multiplicidade, uma dispersão, um sistema de hierarquia que poderia ser chamado, diz Foucault (2006), de “disposição tática na qual os diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumprem funções precisas. [...] portanto, um funcionamento tático do poder [...] essa disposição tática que permite que o poder se exerça” (Foucault, 2006, p.9). Ou seja, as formas de exercício de poder que pressupõem um ordenamento tático, estratégico dos elementos para seu funcionamento, é informado, ao passo que informa “estratégias globais” de exercício de poder. Podemos, assim, transpor essa análise para as formas de tratamento da loucura que foram originadas em meados do século XX. Esse momento de “libertação” dos indivíduos dos manicômios, coincide com uma nova racionalidade que atrela formas de controle ao exercício da liberdade – “governar sujeitos livres” –, pressupondo a mobilização de novas estratégias para seu exercício, como os já debatidos remédios psicotrópicos. Informa a estratégia global enquanto é informado por ela.

Foucault (1995), ainda, em um texto intitulado “O sujeito e o poder”, dentro do livro organizado por Dreyfus e Rabinow, apresenta o sentido que o termo “estratégia” carrega em seus textos:

A palavra estratégia é correntemente empregada em três sentidos. Primeiramente, para designar a escolha dos meios empregados para se chegar a um fim; trata-se da racionalidade empregada para atingirmos um *objetivo*. Para designar a maneira pela qual um parceiro, num jogo dado, age em função daquilo que ele pensa dever ser a ação dos outros, e aquilo que ele acredita que os outros pensarão ser a dele; em suma, a maneira pela qual tentamos ter um *vantagem sobre o outro*. Enfim, para designar o conjunto dos procedimentos utilizados num confronto para privar o adversário dos seus meios de combate e reduzi-lo a renunciar à luta; trata-se, então, dos meios destinados a obter a *vitória*. Estas três significações se reúnem nas situações de confronto – guerra ou jogo – onde o objetivo é agir sobre o adversário de tal modo que a luta lhe seja impossível. A estratégia se define então pela escolha das soluções “vencedoras”. (Foucault, 1995, p. 247-248, grifos do autor)

Para o autor, o primeiro sentido da definição poderia ser referido como “estratégia de poder”, o conjunto dos meios operados para manter ou fazer funcionar um dispositivo de poder. Seria possível, ainda, falar de estratégias próprias às relações de poder, na medida em que constituem modos de ação sobre a ação possível, eventual, suposta dos outros. Nesse sentido, poderíamos decifrar os mecanismos utilizados nas relações de poder em termos de “estratégias”. Considerando, pois, que no centro das relações de poder e como condição permanente de sua existência há uma “insubmissão” e liberdades essencialmente obstinadas, não há relação de poder sem resistências, escapatória ou inversão eventual. Destarte, toda a relação de poder implica, mesmo que de modo virtual, uma estratégia de luta. Assim, toda estratégia de confronto “sonha” em tornar-se relação de poder; e toda relação de poder inclina-se, para seguir sua própria linha de desenvolvimento ou para se adaptar com resistência frontais, a tornar-se estratégia vencedora.

Nesse sentido, Foucault (1995) apresenta que existiria uma atração recíproca, encadeamento indefinido e inversão perpétua entre relação de poder e estratégia de luta. A cada instante a relação de poder pode se tornar um confronto entre adversários, e também as relações de adversidade abrem espaço para o emprego de mecanismos de poder. Dessa instabilidade decorre que os mesmos processos, acontecimentos e transformações possam ser lidos tanto no interior de uma história das lutas quanto na história das relações e dispositivos de poder. Para ele, justamente a interferência dessas duas leituras que faz aparecer os fenômenos fundamentais de “dominação” apresentados pela história em grande parte das sociedades.

A dominação, assim, seria uma estrutura global de poder cujas ramificações e consequências podem ser encontradas, por vezes, até na trama mais tênue da sociedade.; mas,

e concomitantemente, é uma situação estratégica mais ou menos solidificada e adquirida num conjunto histórico de longa data entre adversários. Disso, pode acontecer que um fato de dominação seja a transcrição de um dos mecanismos de poder de uma relação de confronto e suas consequências, mas pode ocorrer, também, que uma relação de luta entre adversários seja o efeito do desenvolvimento das relações de poder com os conflitos e clivagens que ela encadeia. O que torna, pois, a dominação de um grupo, classe ou casta, e as resistências e revoltas às quais se opõe um fenômeno central na história das sociedades “é o fato de manifestarem, numa forma global e maciça, na escala do corpo social inteiro, a integração das relações de poder com as relações estratégicas e seus efeitos de encadeamento recíproco” (Foucault, 1995, p. 249).

Há de se notar que existem alguns pontos de “confluência” entre as teorias de Bourdieu e Foucault no que se refere à análise e definição do conceito de estratégia. Assim, como supra apresentado, esse trabalho tratará o conceito de estratégia na intersecção entre essas teorias contemporâneas. As estratégias são tomadas dentro do limite histórico que possibilita seu desenvolvimento, atrelada a dispositivos e aparatos de exercício de poder em termos globais, mas desenvolvidas por agentes no nível local, em interações e disputas microcosmicas marcadas pelo limite do campo em que esses atores se inserem. Quando pensamos em internações compulsórias de usuários de drogas, por exemplo, o acionamento desse mecanismo opera como uma estratégia do ente – familiar, cônjuge, promotor de justiça – que busca a internação do outro. Um cenário de luta, portanto, entre adversários, que é levada para um determinado campo em que se dispõe de uma certa vantagem que é desencadeada por “estruturas” e relações de poder.

A partir desse momento, uma outra disputa pode vir a decorrer: uma disputa entre diferentes magistrados pela definição do destino da parte a ser internada. Essa disputa, por sua vez, é definida pelos próprios limites do campo, pela incorporação de *habitus* e pela necessidade do estabelecimento de táticas e estratégias que permitam “vencer a batalha”. Ao mesmo tempo, essa série de batalhas, estratégias e suas consequências informam o sentido do que poderá ser analisado como uma “estratégia histórica”. Essas relações de adversidade, cujas disputas são ordenadas por “regras”, resultam, às vezes, nas transformações dessas regras. A partir dessas noções e conceitos, podemos observar de forma tácita o imbricamento e retroalimentação da agência e das estruturas, que longe de se apresentarem com fixidez e imposição unilateral, parecem mais ter um aspecto fluído, onde o fluxo das relações informa tanto quanto é informado por elas.

Seção 5

Essa seção tem como apresentar a análise qualitativa da amostra selecionada de acórdãos do TJSP sobre internação compulsória de usuários de drogas. Inicia-se explorando as relações entre os magistrados e médicos-psiquiatras nas ações de internação compulsória. Em sequência, são debatidos alguns dos principais argumentos mobilizados pelos magistrados na justificação de aplicação da medida. Após, é discutida as relações entre os internos e a família, esta última que protagoniza a maior parte dos pedidos de internação ao judiciário. Por fim, é analisado o cabo de guerra entre os magistrados nessa instância.

5.1 A Internação Compulsória entre o duro ofício de punir e o belo ofício de curar

Como demonstrado na seção 2.2.1, o tratamento despendido aos usuários de drogas se construiu, no Brasil, através de um eixo cuidado-punição. Os cuidados se pautavam, ao longo do século XX, quase exclusivamente no isolamento do usuário em instituições psiquiátricas. A partir do século XXI, especialmente com a RPB, surgiram possibilidades de outras formas de atenção, pautadas na territorialidade, inserção comunitária e redução de danos. Entretanto, o isolamento em instituições psiquiátricas se manteve uma realidade constante na trajetória de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Reconhece-se que, em algumas situações, a internação é realmente necessária, especialmente em momentos de crise aguda. Segundo os preceitos da RBP, essas internações deveriam acontecer em períodos notavelmente curtos, em hospitais gerais ou CAPSad III.

Contudo, as internações, especialmente as judiciais, tendem a se manter por longos períodos, sendo realizadas em hospitais e clínicas psiquiátricas, públicas ou privadas, como se observa no trecho do acórdão a seguir:

A tutela antecipada foi cumprida e o filho do autor foi internado até receber alta em janeiro de 2016 (fls. 186). Todavia, em decorrência de novos surtos psicóticos, o requerido foi novamente internado, **em 18 de fevereiro de 2016**, agora no Hospital [*nome do hospital*], ocorrendo **sua desinternação em 09 de junho de 2017** (Doc. 2/2019, grifos meus).

De acordo com Almeida (2023), em diálogo com Foucault, o hospital, e por consequência as clínicas psiquiátricas, enquanto herança do sistema manicomial-asilar, mantém a função simbólica de imposição de uma ordem racionalmente edificada, pelo fato de que a partir dessas instituições exerce-se a função de dominação material, porque submeter os indivíduos ao jugo institucional é, antes de mais nada, submeter os corpos ao exercício de um poder que busca adestrar e normalizar. Assim, em contrapartida às curtas internações previstas pela RPB, as IC tomam forma de verdadeiras penas de privação de liberdade.

Mesmo apontado nos documentos que “a desinternação se dará quando os médicos que acompanham o tratamento do paciente declararem sua alta médica” (Doc. 3/2021), tratando-se de decisões judiciais, a desinstitucionalização do indivíduo é também condicionada ao parecer probatório de um juiz. Esse fluxo e refluxo entre psiquiatria e justiça fortalece e entrelaça de forma intrínseca ambos os campos de saber-poder.

Como já apontado, e de acordo com Silva (2013) e Vargas (1988), são os poderes jurídico e psiquiátrico que criam o fenômeno de drogas no país, através de discursos em nome da promoção e manutenção da ordem social, e da defesa, segurança e saúde da população. E, além disso, a inferência sobre a questão do uso de drogas, especialmente do álcool, foi um dos pilares da legitimação da psiquiatria e de sua ação sobre indivíduos e condutas anormais e desviantes (Portocarrero, 1994). Nessa esteira, como destaca Foucault (1977; 2001; 2006), o profundo entrelaçamento entre a psiquiatria e o poder judiciário foram essenciais para constituição da primeira enquanto forma de saber legítima, visto que já se exercia, antes, como poder. Isso decorre do fato de se apoiar na “verdade demonstrativa”, de modo que o psiquiatra se torna o responsável por determinar a verdade, ou não, da loucura-doença mental, que absorveu em seus termos a questão do uso de substâncias.

O saber-poder jurídico também foi beneficiado por esse entrelaçamento profundo com o saber-poder médico-psiquiátrico. É a partir desse cruzamento que o poder judiciário poderá intervir não apenas em questões de criminalidade, mas também na saúde da população. Os discursos psiquiátricos dentro da instituição judiciária irão funcionar como discursos de verdade, “discursos de verdade porque discursos com estatuto científico [...], formulados exclusivamente por pessoas qualificadas no interior de uma instituição científica” (Foucault, 2001, p. 8). É o que Foucault (2001) chama de “relação verdade-justiça”: o discurso judiciário necessita que haja uma “pertinência essencial entre o enunciado da verdade e a prática da justiça” (Foucault, 2001, p. 14), que no caso, seria a privação da liberdade de uma pessoa em prol da sua saúde (Diniz, 2018).

Assim como o observado por Diniz (2018) em sua pesquisa, o “laudo médico” é que determinará, direta ou indiretamente, a decisão de um juiz acerca da liberdade ou internação, “que na nossa realidade, assume a forma de aprisionamento” (Diniz, 2018, p. 249). Isso ocorre pela determinação expressa da LRP, que exige um laudo médico circunstanciado para que possa haver internações involuntárias e compulsórias. Nesse sentido, todos os acórdãos em tela que versam sobre o deferimento da IC contém argumentos como: “A necessidade de internação foi plenamente comprovada pelos relatórios médicos (fls. 24 e 45), que contêm os motivos de indicação ao tratamento via internação compulsória” (Doc. 2/2016). E, não

havendo laudo médico que comprove a necessidade de internação, o “Estado Juiz”, pode determinar a condução coercitiva da pessoa a um especialista a fim de elaborar o documento, como pode se observar a seguir:

Diante das dificuldades que vem passando com o filho, [...], veio o autor, genitor do apelado, buscar auxílio do Estado Juiz para obter a internação compulsória.

O pedido, contudo, **não se encontra amparado por laudo médico ou mesmo comprovação de tratamento psicológico, dependência química ou tratamento psiquiátrico**

[...]

Não se pode ignorar dado fundamental: **a provável inexistência de discernimento e de autodeterminação por parte do apelado, em decorrência do uso constante de entorpecentes, que interfere de modo determinante em sua capacidade de entender a situação em que se encontra.**

Por tal razão é que o Estado Juiz, [...], pode, em determinados casos graves e pontuais, adotar as medidas menos gravosas [...] para assegurar o direito à vida, à dignidade e à saúde, previstos na Constituição Federal, ainda que tais medidas impliquem em restrição momentânea de outros direitos e garantias individuais [...].

Dou parcial provimento ao recurso para cassar a sentença, **determinando a elaboração de laudo médico atestando a necessidade de internação compulsória do apelado, mediante condução coercitiva do réu, com emprego de força policial, se necessário.** (Doc. 1/2016, grifos meus)

Segundo Diniz (2018), esse tipo de ação, com pedido de condução coercitiva à avaliação psiquiátrica, deveria ser indeferida de plano, já que carece de provas pré constituídas necessárias para embasar juridicamente uma medida cautelar restritiva de liberdade, tal qual a condução para avaliação, “que para que ocorra, já envolve uma internação” (Diniz, 2018, p. 252).

Outra questão importante apreendida do trecho de documento destacado é que o magistrado não determina somente a condução coercitiva, mas a elaboração de um laudo que ateste a necessidade de internação. Ou seja, não determina somente a feitura de um laudo, um exame médico que avalie a real situação do paciente, mas de um laudo que ateste o que já está decidido pelo juiz. Isso traduz o entrecruzamento de saberes e, de certa forma, a colonização do saber médico-psiquiátrico pelo saber jurídico que, convencido da necessidade da medida através de outras provas, exige que o especialista ateste sua decisão.

Em contrapartida, assim como observado no estudo de Queiroz, Assis e Martinhago (2022), nas determinações de desinternação ou nos votos divergentes, contra a medida de internação, um dos argumentos centrais mobilizados é, justamente, a falta de um laudo médico circunstanciado que realmente ateste a necessidade da IC:

A medida de internação, assim, não se sustenta sem a devida comprovação do efetivo esgotamento dos recursos extra-hospitalares necessários à reabilitação, bem

como ausência de laudo pericial médico, em que pese a declaração de fls. 16 (Do. 1/2019, voto divergente)

Isso decorre do fato de que, não raramente, os documentos que acompanham os pedidos de internação não são de fato laudos médicos circunstanciados. Podem se tratar de indicações feitas pelas clínicas em que esteve anteriormente internado, relatórios médicos sucintos, ou históricos do paciente:

[...] com destaque a prova técnica produzida às fls. 151 e seguintes, **embora tenha se limitado a historiar o atendimento médico do paciente** pelo CAPS AD II da Prefeitura Municipal [*nome da cidade*], **se mostrou suficiente para a elucidação da questão crucial: a necessidade de internação compulsória.** (Doc. 1/2021, grifos meus).

A partir dessa inferência do saber-poder médico-psiquiátrico na esfera do direito, que atesta a “falta psicológica” do sujeito a ser julgado, traduzido por uma patologia mental, não é mais um sujeito jurídico que os juízes terão diante de si, “mas um objeto: objeto de uma tecnologia e de um saber de reparação, de readaptação, de inserção, de correção” (Foucault, 2001, p. 26-27). São, portanto, discursos que exercem um poder de “vida e morte”, de “liberdade ou detenção” de alguém. Dessa forma, a decisão judicial de restrição da liberdade não se dará discursivamente na forma de punição, serão medidas corretivas, de adaptação e de reinserção, onde “o duro ofício de punir vê-se assim alterado para o belo ofício de curar” (Foucault, 2001, p. 29). Trata-se, na perspectiva de Rose (2013), de um processo marcado pela recondução dos sujeitos ao “si mesmo” perdido em função do uso de drogas.

Todavia, para Cheibub (2006), seria equivocado afirmar que as práticas jurídicas fixam a produção da categoria de criminoso/delinquente enquanto a prática médica que estabelece a doença/vício, visto que essa separação velaria a prática que conduz a uma indistinção entre viciado e criminoso. Para a autora, a conjugação dos discursos advindos dessas instituições serve à produção de verdades que conduzem à homogeneidade das discussões. Isso porque, como aponta Foucault (2005), “somos julgados, condenados, classificados [...] destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder” (p. 29).

Nesse sentido, nos termos Liu (2018), a psiquiatria e o direito se estabelecem como profissões de fronteira, mas cuja demarcação é borrada, se dilui. As trocas são, ao mesmo tempo, negociadas, simbióticas e recíprocas. Ao mesmo tempo que a *expertise* dos médicos-psiquiatras embasa as decisões judiciais, essas mesmas decisões fortalecem o poder desses profissionais, situando sua *expertise* como ponto de apoio decisório, ao mesmo tempo que, pelo processo de internação, fortalecem os espaços privilegiados de seu exercício de poder técnico-político. Concomitantemente, há a dissolução das fronteiras profissionais, onde

o juiz pode invadir o campo médico determinando que seja elaborado um laudo que ateste sua decisão – como demonstrado no Doc. 1/2016. Essa invasão se dá, também, no sentido de tutela: busca tanto tutelar o indivíduo a ser internado, como o próprio saber médico que queira escapar da estratégia do magistrado. é um cabo de guerra que, de certa forma, tem potencial para “arrastar” o médico de sua posição para corroborar e colaborar com a decisão judicial. Há, portanto, uma expressa relação de cooperação – e, caso não haja, o juiz pode determinar a feitura do laudo, caracterizando uma invasão junto a colaboração – que serve tanto para ordenar uma IC, quanto para cessá-la ou refutá-la:

A escolha do tratamento adequado ao paciente é única e exclusiva do médico que acompanha o doente, destarte, compete unicamente ao médico que assiste o paciente a indicação do tratamento mais adequado para atender suas necessidades (Doc.1/2021)

Assim sendo, constatada a possibilidade de tratamento ambulatorial, não há como se manter, diante do quadro vislumbrado pelo *Expert*, a internação compulsória do paciente. (Doc. 4/2018, voto divergente)

Dessa forma, as fronteiras profissionais produzem um efeito de distinção dos campos e demarcação de suas respectivas *expertises*. E, a partir dessa articulação entre os diferentes discursos, é produzido um efeito de verdade que legitima as ações de controle social e governamentalidade dessa população. Controle esse realizado a distância, já que, se não houver laudo, o juiz pode determinar sua feitura. Justamente a produção desse regime de verdade é o que orientará a visão social geral sobre o fenômeno de drogas, pois a norma será instituída a partir da exacerbação dos extremos, que influi, conflui e reflui através desses discursos profissionais legítimos. Assim, uma ação judicial que conduz um efeito material de “morte simbólica”, pela privação da liberdade, é propagada pelo efeito discursivo do “fazer viver”, da recondução ao “si mesmo” que se estabelece pela corroboração do discurso médico, em seu cerne.

Discurso esse que não necessariamente se apresenta em termos bem elaborados e aprofundados, mas pode se traduzir por simples apontamentos, descrições de CID, receituários ou relatórios básicos. O que parece prevalecer é a voz do especialista na orientação da tomada de decisões de outros especialistas. O médico, como detentor legítimo do poder de decisão entre saúde e doença, verdade ou simulação, tem raramente seu posicionamento questionado quando apontam a necessidade de internação, de modo que não há a necessidade de se refazer um exame pericial ou de elaborar documentos nos moldes expressamente exigidos pela lei, como veremos adiante. Contudo, se o médico não apresentar o laudo requerido pela lei, o magistrado pode impor sua feitura, por condução coercitiva, de

modo que ateste a decisão tomada, ou então os magistrados podem interpretar em amplo sentido os documentos existentes, mesmo que fora dos requerimentos da legislação, como embasamento decisório. A simples manifestação do especialista já embasa o juiz, orientado pelo princípio do “livre convencimento motivado”, onde os fatos e as provas são determinados pela autoridade interpretativa desse último. Como destaca Kant de Lima (2010), é o juiz, o magistrado, quem irá escolher dentre os inúmeros indícios contraditórios trazidos ao processo quais os convence e quais não. Depois de convencido através desse mecanismo intuitivo, ele justifica sua sentença.

Nesse sentido, é acatada a opinião do médico especialista pois há, historicamente, um processo de construção dos campos médico-psiquiátrico e jurídico que informam uns aos outros, mas que estabelecem suas fronteiras, mesmo que, por vezes, se borrem. Ao mesmo tempo, há uma conjuntura social estruturada-estruturante que coloca poucas possibilidades de “questionar” um especialista, inserido nas classes de especialistas mais “poderosas” e influentes, no exercício de sua função. Partindo da premissa que as drogas representam a perda de si mesmo, da autonomia, da capacidade de autogoverno, e que o tratamento médico-medicamentoso reconduz o indivíduo ao si mesmo perdido (Rose, 2013), as decisões judiciais pela internação, e a racionalidade que orienta essas decisões, são baseadas na perspectiva de cura-cuidado do indivíduo ao mesmo tempo que na proteção social da comunidade em que a pessoa “desgovernada”, no sentido próprio da palavra, se insere. Há, portanto, uma gestão técnica do corpo que visa reconduzir o indivíduo a um estado de autovigilância (Preciado, 2018) que permita, idealmente, sua reintegração aos circuitos de inclusão através de sua exclusão momentânea.

A grande questão que se coloca, porém, é a valoração que assumem certos conhecimentos técnicos que conduzem a racionalidade dos tomadores de decisão. É fato amplamente demonstrado pela literatura que as internações desaguam numa reincidência perpétua, que o tratamento medicamentoso preconizado pela psiquiatria surte pouco efeito na solução da questão da dependência. Mas, mesmo assim, a hierarquia de profusão de certos saberes e sua legitimidade, que se insere, principalmente, dentro dos ideais de uma moral dominante, conduzem as decisões de especialistas. A “ponta da lança” da governamentalidade, o ponto do exercício de governo de populações e indivíduos que se estabelece nessas “microrrelações”, como são as decisões judiciais, parecem ser informadas por conteúdos alinhados à formas de saber técnico que confluem com perspectivas políticas e morais hegemônicas.

Assim, por mais que a internação seja amalgamada a aspectos punitivos, traduzidos pelo isolamento, a racionalidade que a orienta é a da recondução do indivíduo ao circuito de inclusão, de certa forma, pois, uma alternativa abrandada da punição. A perspectiva da internação como possibilidade de “empoderamento” do indivíduo na recondução ao si mesmo “perdido” é amplamente difundida por todo o tecido social. São tidos, para utilizar os termos empregados por Rose (2001), como “anti cidadãos”, incapazes de manejar o próprio risco e exercer um autogoverno responsável. Assim, são *outsiders* até mesmo para as comunidades anti-morais de não-cidadãos, como no caso de organizações criminosas. Não vem ao caso debater como essas comunidades criminosas estão alinhadas diretamente à racionalidade neoliberal contemporânea. Mas é válido ressaltar que nesses espaços, assim como nos legalmente legítimos, impera a perspectiva de cuidado pelo isolamento dos usuários de drogas.

À exemplo, me lembro de uma de minhas primeiras “visitas de campo” no hospital psiquiátrico em que realizei minha iniciação científica. Certa noite acompanhei meu pai, que à época era amigo de um dos médicos que lá trabalhava, até o hospital para buscar um receituário. Estávamos conversando à porta da instituição quando esse médico, enquanto reclamava de um déficit orçamentário declarou: “o dono da biqueira bateu na porta da minha esposa ‘pô, é verdade que vão fechar lá? [o hospital] De vez em quando os cara fica ruim e tem que mandar pra lá, não tem outro lugar...’ ” (Relato de diário de campo, 26/04/2021). Mas, além desse aspecto de recondução e cuidado, também a noção de “punição abrandada”⁴⁴ da internação está presente na esfera ilegal em que agem as organizações criminosas, como no caso em que o Primeiro Comando da Capital impôs a “internação compulsória” em uma clínica como forma de “pena alternativa” a um usuário de drogas condenado a morte no tribunal do crime⁴⁵.

A racionalidade informada pela ideia de que a internação de usuário de drogas leva à “recondução” ao si mesmo perdido, está amplamente enraizada em todo o tecido social. Da mesma forma que é acionada para minar as possibilidade de “ação negativa” ainda na virtualidade da ação – alguém cujo comportamento está “se tornando violento devido ao uso de drogas” –, ela também aparece como alternativa a “punição tradicional”, seja na face legal-legítima como no caso da Justiça Terapêutica⁴⁶, ou nos tribunais do crime.

⁴⁴ Quando digo punição abrandada, é fundamental não perder de vista que a racionalidade que orienta essa posição é marcadamente influenciada pelo aspecto do cuidado.

⁴⁵ Fonte: <https://www.metropoles.com/sao-paulo/pcc-internacao-compulsoria-usuario>

⁴⁶ Trata-se de um plano instaurado em São Paulo objetivando “acabar com o problema da cracolândia”, onde há transação penal e suspensão condicional de processos de usuários que cometeram pequenos delitos, caso se submetam a tratamento, traduzido em interação. Fonte:

O objetivo deste tópico foi analisar a manutenção e fortalecimento do entrelaçamento entre os saberes-poderes jurídico e médico-psiquiátrico no aparato das internações compulsórias de usuários de drogas. Como se viu, esse entrelaçamento pode se dar por via da cooperação entre as profissionais médica e jurídica, ou pela via da dissolução das fronteiras entre elas, quando os juízes interpretam prontuários médicos ou determinam a feitura de laudos para atestar a necessidade de internação. O objetivo do tópico que se segue é apresentar a mobilização dos atributos negativos antes do sujeito na determinação das IC, que constituem um dos pilares da governamentalidade dos usuários de drogas contemporaneamente.

5.2 Governar os desgovernados: risco e segurança na política de drogas

É sabido que a internação compulsória de usuários de drogas integra a biopolítica, sendo um dos pilares da governamentalidade contemporânea (Queiroz, Assis, Martinhago, 2020). Se alicerça em uma discursividade alinhada ao poder de “fazer viver” o usuário, ao mesmo tempo em que garantiria a segurança e saúde do resto da população, uma vez que o uso de drogas é lido em sentido epidêmico. Como destaca Foucault (2001; 2006), a psiquiatria, para funcionar, necessita e nunca parou de demonstrar o caráter intrínseco entre loucura-doença mental e a noção de perigo. Estabelecendo, dessa forma, uma correlação entre crime e loucura. Assim se torna capaz de amalgamar elementos da segurança e saúde pública. Ao mesmo tempo, como demonstrado por Rose (2013), a gestão da segurança e o controle do crime tendem a se orientar pela lógica da saúde pública, embasada essencialmente no conceito de epidemia das condutas violentas e anti sociais. Destarte, os rearranjos sociais que se seguiram durante a redemocratização e nas primeiras décadas do século XXI, culminaram em uma sensação geral de medo do crime e insegurança, levando a população a cobrar das autoridades respostas à esses sentimentos, traduzidos por pressões para o aumento da repressão de crimes e criminosos e a busca pela identificação e controle de condutas consideradas potencialmente perigosas e danosas (Souza Minayo; Adorno, 2013; Peralva, 2001).

Ao longo da análise dos acórdãos, foi perceptível que argumentos como: “apresenta quadro de agressividade, colocando em risco sua vida e de seus familiares”; “comportamento agressivo na rua e em casa”; “coloca em risco sua própria integridade física, de seus familiares, incluindo seus filhos e da sociedade”; “com a capacidade de discernimento comprometida e risco de homicídio e de suicídio”, foram amplamente empregados para justificar ações de determinação de IC.

Nesse sentido, demonstra-se a persistência da justificação dessas medidas na garantia de manutenção da ordem social, bem como na contenção dos “riscos e perigos” oferecidos pelos usuários de drogas. Além disso, como expresso por Ferreira, Ratton, Paes-Sousa (2023), observa-se uma polissemia dos conceitos de “risco” – probabilidade de que o uso de drogas tenha consequências nocivas para a pessoa e terceiros – e “dano” – prejuízo a saúde já instalado –, sendo interpretados como equivalentes.

Como destacam os autores, o que reforça a tutela sobre os usuários de drogas é a “perda do juízo crítico” por parte destes ao fazerem uso de substâncias, contribuindo para a desordem social. Assim, nos processos de deferimento de IC, foram empregados argumentos

como: “Tem cabimento a internação compulsória, [...], mesmo contra a vontade do enfermo, *que tem a sua vontade comprometida e ditada pela dependência*”; “é dependente químico em estágio avançado, e *já tem sua capacidade de discernimento comprometida*”; “colocando em risco a vida dela e de terceiros, pois *apresenta comportamento agressivo em razão do uso de drogas*”. Esses termos, por sua vez, retratam, segundo os autores, a “perda de agência do sujeito para a substância que faz uso [...]. Nesse contexto, o discurso moral opera culpabilizando o usuário de drogas, relacionando o consumo de substâncias psicoativas a uma falha de caráter” (Ferreira; Rattón; Paes-Sousa, 2023 p. 7); e, ao mesmo tempo, estabelece uma explícita correlação entre o consumo de substâncias e comportamentos agressivos ou violentos, de modo que impelem à substância, o papel de levar a transgressão.

Destarte, a partir das elucidações de Rose (2013), é notável que o consumo de substâncias é apresentado como uma espécie de fio condutor à “perda de si mesmo”. A ideia central desses elementos argumentativos, da solicitação da internação à sua providência pelos magistrados, é de que os comportamentos negativos, “perigosos” e de “risco” tomados pelos usuários são uma consequência do consumo de drogas. A substância, assim, opera cognitiva, discursiva e moralmente como a responsável pela *perda de autonomia* dos usuários. Os trechos de acórdãos destacados acima expressam nitidamente essa percepção. Uma “vontade comprometida e ditada pela dependência” coloca em questão a perda de agência do indivíduo, que, na perspectiva dos magistrados, incapaz de orientar sua própria vida, de “cuidar de si”, requer o acionamento da tutela jurídica/do Estado, para que lhe seja dito a maneira mais correta de gerir seus direitos.

Disso, decorre que todas as ações negativas das pessoas em questão serão compreendidas pelos outros enquanto reflexos de consumo de drogas, em processo que, sutilmente, envolve em uma espécie de “névoa”, questões políticas, econômicas e sociais que orbitam e ordenam a vida desses indivíduos. Portanto, o uso de drogas é tomado enquanto um “ilegalismo de desejo” (Foucault, 2001, p. 26), em que o desejo, “fundamentalmente mau”, representaria um “perpétuo desejo do crime” (Foucault, 2001, p. 25). Isso legitima as ações de internação, pois sua ação se justifica pela inferência, sobretudo, na virtualidade do ato que busca coibir, reprimir e impedir, como é possível observar no acionamento do relato de uma mãe no argumento de um magistrado que votou pela internação compulsória de um usuário de drogas: “Afirma que o requerido piorou, já matou gatos e galinhas e a autora se vê compelida a passar as noites em claro para vigiar o filho e evitar que algo mais grave aconteça” (Doc. 2/2020).

Assim, é preciso considerar que a ação da psiquiatria, que a noção do tratamento psiquiátrico por isolamento, para ser mais preciso, intervém “numa espécie de posição subordinada em relação a outras instâncias de controle” (Foucault, 2001, p. 189), como a família, a vizinhança, e outras instituições de tutela. Todos esses campos são reiterados, atravessados e transpostos pela psiquiatria, que patologiza os “restos das instâncias disciplinares”. Em outras palavras, a mera presença de um laudo médico, mesmo que não circunstanciado, possui o peculiar efeito de tornar doença, de trazer ao domínio de sua intervenção, tudo aquilo que de alguma forma “escapou” ao controle de outras instâncias disciplinares. Se o indivíduo não foi normalizado, adequado às regras do jogo social pela escola ou pela família, tornando-se “comportado”, a psiquiatria se encarregará de operar essa normalização. Assim, comportamentos agressivos ou violentos não serão apenas considerados sintomas de uma doença, mas a própria doença: “[...] é toxicômano e *apresenta graves distúrbios psiquiátricos (dentre eles, agressividade, paranoia e depressão - CID F-19 e F-32.1)*, comprometendo a possibilidade de convívio social” (Doc. 1/2021, grifos meus).

Em outro sentido, o fato do uso de drogas se manifestar enquanto “ilegalismo de desejo”, significando um preâmbulo do crime, é o que permitirá, e justificará, a ação jurídico-psiquiátrica. Caso o indivíduo não aceite a busca ao “retorno de si” – considerando que seu “si mesmo” foi “perdido” em função do uso de drogas –, estará conscientemente aderindo à “inconsciência”, “aceitando”, assim, ser submetido ao jugo institucional, como se observa do trecho de um relatório médico citado em um acórdão: “Caso volte o uso de maconha, *esta será uma decisão consciente, e que poderá resultar em novas internações*” (Doc. 4/2018). Além disso, o “mau desejo” do usuário, que levaria à “perda de autonomia”, percebido enquanto ordenador de suas ações, é invocado como forma de justificar a manutenção da IC, como no caso a seguir de uma ação que buscava a transferência de um interno de uma clínica para um hospital dia:

[...] a transferência imediata do agravante ao tratamento em hospital dia equivaleria à alta de sua internação/tratamento, eis que **tal forma de tratamento depende unicamente da vontade e capacidade do Agravante de abster-se e tratar-se, podendo o agravante decidir não retornar no dia seguinte ou não retornar para a sua casa à noite.**

Diante do exposto, pelo meu voto, NEGO PROVIMENTO ao recurso. (Doc. 1/2020, grifos meus)

A partir do exposto, é nítido que as internações de usuários de drogas operam em um eixo cuidado-segurança. É construída uma discursividade que aciona elementos de “manutenção da ordem social”, “proteção”, e, principalmente, “garantia da saúde e da vida”, como forma de controlar os atos potencialmente, e em alguns casos realmente perigosos e/ou

delituosos no antro, sobretudo, de sua virtualidade. O conjunto ideológico que conduz as tomadas de decisão é informado pela lógica hegemônica do “devir empoderado” dos indivíduos. Na perspectiva da criminologia contemporânea que vê a “epidemia da conduta antissocial” como oriunda da diminuição do autocontrole, sensatez, maturidade e raciocínio (Rose, 2013), as drogas emergem como substância catalisadora desses processos, e a internação como possibilidade de contenção das condutas indesejadas ainda em sua virtualidade.

Considera-se que o usuário abdica de sua autonomia e de seu autocontrole de forma consciente, o que é tido como uma tendência ao crime e a atitudes violentas e antissociais, pois o indivíduo que escolhe o desgoverno não estaria seguindo as regras do jogo social. Dessa forma, por um processo de acúmulo histórico, as decisões dialogam, cognitiva e discursivamente, além do campo psiquiátrico, com elementos da justiça criminal. Nesse sentido, aspectos do complexo punitivo informam a lógica dos processos de “cuidado”, que se dão à tônica da tutela a partir do momento em que autonomia do sujeito, de sua capacidade de autogoverno e raciocínio “crítico” frente ao pacto social são tidos como perdidos. Não se trataria, portanto, de uma lógica puramente orientada no eixo cuidado-punição. Mas uma lógica de cuidado informada ideologicamente nas premissas da “autogestão” e “recuperação do si mesmo” e que é orientada pela lógica dos aparatos jurídicos punitivos.

Novamente, friso que se reconhece que existem casos em que a internação é realmente necessária e legalmente resguardada, pois é um meio para garantir, factualmente, a vida e saúde dos indivíduos. Mas, como já antes dito, tais internações, orientadas pela RPB, não se justificariam com o acionamento do aparato judicial, pois pode ser realizadas de maneira *involuntária* – onde não é requerido o parecer do juiz, somente a autorização da família e laudo médico que comprove sua necessidade – tão pouco sendo realizadas por longos períodos de tempo e em instituições ligadas ao modelo manicomial-asilar.

O argumento das internações informadas pelo complexo punitivo, que resultam no isolamento, se sustenta devido ao fato de existirem formas desse poder coercitivo do “fazer viver” ser exercido sem desterritorializar e isolar a pessoa em questão. Em um dos acórdãos analisados (Doc. 4/2018), que versava sobre uma ordem de *habeas corpus* para cessar uma IC, a qual foi concedido, foi apresentado que:

[...] o juízo *a quo* havia determinado a desinternação do paciente [nome], em virtude de solicitação feita pela médica psiquiatra do Hospital [nome do hospital], que **prescreveu o acompanhamento ambulatorial compulsório**

[...]

Foi juntado, aos autos, ofício do Hospital [nome], no qual constam novas medidas a serem adotadas para o tratamento: a) **substituição de medicação oral por injetável**, a ser administrada uma vez por mês, **a fim de garantir a manutenção do tratamento medicamentoso**; b) **substituição do tratamento ambulatorial** realizado pelo Hospital [outro nome] por **semi internação no Centro de Atenção Psicossocial**; c) acompanhamento social com vistas à aproximação familiar.

A equipe multidisciplinar do hospital manifestou-se. Além da **prescrição de acompanhamento ambulatorial compulsório pela médica** (fls. 324/325), a terapeuta ocupacional esclareceu que o regime de semi-internação consiste em atendimento do paciente às segundas, quartas e sextas-feiras, das 8:00 às 17:00 hs, para participação de grupos de atividades e terapêuticos (fls.326).

[...]

Com efeito, a prescrição médica de tratamento ambulatorial, posteriormente convolado para semi-internação, é COMPULSÓRIA (fls. 323/325), ou seja, **para a eficácia do tratamento e também para se possibilitar a saída do hospital, [nome] deverá, obrigatoriamente, se submeter a todo o programa especialmente elaborado para ele**, de acordo com o seu quadro clínico, psicológico e social. **No que diz respeito à garantia de que se submeterá ao tratamento medicamentoso**, parece que a médica psiquiatra encontrou uma saída: **a prescrição de substância injetável, de longo alcance**. (Doc. 4/2018, sic, grifos meus)

Esse documento é particularmente interessante por demonstrar a possibilidade do exercício de um poder coercitivo que garanta os direitos preconizados pela RPB. Nessa esteira, ele escancara o teor punitivo da medida de internação compulsória aplicada a usuários de drogas. Explicita o fato de as medidas privativas de liberdade serem adotadas, antes de tudo, como um “isolamento com fim em si mesmo”. É preciso não perder de vista que as instituições às quais são destinados os usuários de drogas são, antes de mais nada, instituições disciplinares. Exercem, no fundo, a mesma função que as escolas ou a prisão: normalizar os indivíduos. Foucault (2014), há muito, expôs que as prisões sempre foram disfuncionais: além de levar à reincidência, nunca diminuíram o número de criminosos. Nesse sentido, como exposto em Almeida (2023), o hospital psiquiátrico é também disfuncional, “mas, enquanto a prisão opera no sentido punitivo daqueles que optaram transgredir as regras, o hospital é o mecanismo acionado para aqueles considerados incapazes de seguir as regras estabelecidas” (Almeida, 2023, p. 66). O que vemos, no caso em tela, é a justaposição de diferentes regimes de poder, como observado por Preciado (2018). A medida coercitiva fora do âmbito institucional do hospital/clínica expressa a tendência do regime de poder contemporâneo de governar indivíduos livres.

Mas, há outro ponto interessante abordado no acórdão supracitado: a obrigatoriedade da manutenção do tratamento medicamentoso. Ao longo das seções de discussão teórica, foi demonstrado como os médicos, farmacêuticos e, posteriormente, psiquiatras se constituíram como os detentores do monopólio legítimo do saber farmacológico, e também como o

fenômeno de drogas, enquanto dispositivo, foi sempre tão estimulado quanto reprimido. Ou seja, ao mesmo tempo em que um conjunto de substâncias foi ilegalizado, outro conjunto, ainda mais abrangente, foi inserido e absorvido pela sociedade em geral, tendo seu consumo regulado pelos saberes-poderes que dele se apropriaram. É o fenômeno da criação de si-mesmos neuroquímicos, que na busca pelo aprimoramento ou, em nosso caso, no controle da susceptibilidade e prevenção de condutas indesejadas, busca e é impelido ao uso constante de substâncias psicotrópicas (Rose, 2013).

Ao mesmo tempo, esse documento escancara o uso dos medicamentos como um mecanismo disciplinar, como um panóptico ingerível (Preciado, 2018). Como demonstra Franco (2018), essas drogas seriam capazes de conter o comportamento no nível dos corpos, extinguindo as possibilidades de condutas agressivas, violentas ou demasiado incômodas. Em minha pesquisa em um hospital psiquiátrico (Almeida, 2023), foi possível observar o papel central exercido pela medicalização na normalização dos internos, com seus efeitos agindo sobre o que era “inaceitável”: “se é inquieto e agressivo, busca acalmá-lo; se possui dificuldades em dormir no “horário certo”, o medicamento dará sono” (Almeida, 2023, p. 81). Ao mesmo tempo, o “sucesso” do tratamento, é medido pela adesão do paciente à farmacoterapia em sua vida extramuros. Mas, há de se lembrar, que essas drogas não são inofensivas. Como descrito por um enfermeiro que trabalhava no hospital:

[...] Você tem que ver o que você vai causar lá na frente pra esse paciente, quais é as sequela que você vai deixar se você só querer medicar. Só, toda vez você quer medicar, toda vez você quer medicar. [...]. Então, às vezes, eu ligo, dou alta administrativa, né? [...]. Para tentar evitar essa medicação. Todo dia uma medicação, injetável, injetável, injetável, e aí acaba que comprometendo o paciente. (Trecho de entrevista com chefe da enfermagem *in*: Almeida, 2023, p. 82).

Além disso, muitas dessas medicações têm potencial de levar seus usuários à dependência. Nesse sentido, o paradigma proibicionista gera um verdadeiro “paradoxo das drogas”: torna-se plenamente aceitável e legítimo aplicar drogas a alguém, mesmo que sem consentimento, a fim de refrear seu uso de drogas. Como demonstra Pedrinha (2008), antes do golpe de 1964, o tratamento farmacológico empregado no caso do uso de drogas consistia em tomar doses gradativamente menores da droga com privação progressiva do uso. É somente quando o Brasil se alinha definitivamente à política global de guerra às drogas que essa forma de tratamento se extingue e o proibicionismo total se instala. Porque as drogas se tornaram um vetor que possibilita eliminar e controlar parcelas “indesejadas” da população, em nome da segurança e da saúde gerais. Nesse sentido, é incongruente que essas mesmas drogas “más”, possam ser receitadas pelos “bons” especialistas.

Além disso, as drogas psiquiátricas se apresentam como elementos do novo regime de poder que emerge em meados do século XX. Fatidicamente, foram um dos vetores de possibilidade da derrocada das grandes instituições psiquiátricas (Whitaker, 2017; Freitas; Amarante, 2017; Rose, 2013). Trata-se da possibilidade, como apresenta Preciado (2018), de governar os corpos fora das instituições disciplinares, de fazê-los ser habitados por elas mais que as habitar. Esse novo regime, em que os corpos buscam engolir o poder, é marcado por controles microprotéticos, somato tecnologicamente refinados que incidiram biologicamente nos corpos. O poder de “coagir em liberdade”, coexistindo com os mecanismos de isolamento, escancara o entrelaçamento e justaposição de diferentes perspectivas e regimes de poder na sociedade contemporânea. Ao mesmo tempo em que a população geral busca o consumo de medicamentos psicotrópicos para o aprimoramento e o resgate de si mesmo, estes serão impostos a grupos considerados “desgovernados”, justificado pelas noções de risco e perigo. A persistência das instituições disciplinares estimulam, quase que por uma lembrança de ameaça, a busca pelos padrões cognitivos impostos de maneira geral. É preciso se manter “mentalmente saudável”, evitando certas drogas e consumindo outras, tendo um estilo de vida prudente, para evitar uma distante, mas ainda possível, internação.

Por fim, é possível observar que o mecanismo de IC é acionado em uma discursividade pautada em ideais de promoção da segurança e controle de riscos. Apesar de, discursivamente, se inserir no campo da saúde, orientado por uma perspectiva de “resgate” de um si mesmo perdido, ela se estabelece efetivamente como uma pena de privação de liberdade que visa agir, na maior parte das vezes, na virtualidade de condutas violentas ou antissociais. Pune antes que o crime aconteça, pune o desejo, pune delitos – ameaças e agressões – mas sob uma perspectiva de possibilidade de resgate e empoderamento dos sujeitos desgovernados. E o caráter punitivo da IC se desdobra diante dos olhos quando é possível vislumbrar que existem formas de condução, ainda coercitivas, que não se pautam no isolamento do “indesejado”. Entretanto, existe um outro lado do acionamento das internações compulsórias, que é o lado de quem as aciona na maior parte das vezes: a família. Dessa forma, a próxima seção se dedica a discutir alguns aspectos do acionamento da IC por familiares dos usuários de drogas.

5.3 “Aprendeu o caminho... já era, a família pega gosto”: o usuário de drogas e a desordem das famílias

Em 17 dos 21 acórdãos analisados, o pedido de internação foi feito por algum familiar. Dentre esses 17, três foram solicitados pelo pai da pessoa, três pela irmã e 11 foram

solicitados por mães. Como apresenta Foucault (2006), a família não é uma instituição disciplinar, é “uma espécie de cela dentro da qual o poder que se exerce [...], é um poder do tipo de soberania” (Foucault, 2006, p. 99). A família não seria um resíduo, ou vestígio, da soberania, mas é essencial ao sistema disciplinar. É ela a instância de coerção que vai fixar permanentemente os indivíduos aos aparelhos disciplinares; é justamente pela família que esse sistema de soberania poderá agir na sociedade, impondo, por exemplo, a obrigação escolar e a fixação no sistema de trabalho. Quando a escola, por exemplo, nota o comportamento desviante de uma criança, no que se refere a inquietação, dificuldade de concentração e notas baixas, aciona a família para que observe seu comportamento dentro de casa e, caso necessário, encaminhe a criança para uma consulta psiquiátrica a fim de tratar os sintomas de um possível transtorno de déficit de atenção.

A família seria, então, o “ponto zero”, em que os diferentes sistemas disciplinares se prendem uns nos outros. Assim, prossegue o autor, quando uma pessoa é lançada para fora de um dispositivo disciplinar como sendo anormal, ele será mandado para a família. Quando é rejeitado diversas vezes, de certo número de dispositivos disciplinares como inassimilável, indisciplinável, ineducável, ele será enviado à família. Por sua vez, nesse momento, é a família que terá o papel de rejeitá-lo, “como incapaz de se fixar em qualquer sistema disciplinar e eliminá-lo, quer sob a forma da rejeição na patologia, quer sob a forma de rejeição na delinquência, etc” (Foucault, 2006, p. 101).

Assim, desempenha o papel de instância de decisão do normal e do anormal, do regular e do irregular (Foucault, 2006). Monitora toda a anormalidade, que assim se define pelo não ajustamento de seu comportamento aos circuitos de integração: não seguir as divisões de tempo convencionais, não deter controle sobre o próprio corpo, não se interessar ou não ser capaz de produzir e consumir, ser hostil ou demonstrar propensão à violência (Almeida, 2023). O papel de “fiscalização” da família, contudo, não é algo totalmente consciente e racional, pauta-se em observações de convívio, na percepção de alterações de comportamento. Não à toa, Laranjeira *et al* (2013) destacam que 44,3% da amostra de familiares de usuários ouvidos em seu estudo descobriram o uso de drogas a partir de mudanças de comportamento do ente, descrito como mais agressivo, indiferente e “alienado”.

Contudo, as internações a pedido da família, segundo a Lei. 10.216, podem ser realizadas de forma involuntária. Não necessitam de intervenção judicial como no caso das IC's. Dessa forma, a presente seção busca compreender elementos que orbitam e ordenam os pedidos de internação através do poder judiciário.

Como apresentado, a maior parte das ICs, nos acórdãos analisados, foram solicitadas pelas mães dos usuários de drogas, dados que corroboram os achados de outras pesquisas (Laranjeira *et al*, 2013; Silva *et al*, 2013) que têm demonstrado que as mulheres são protagonistas no enfrentamento da dependência de drogas e no cuidado com o ente querido. Além disso, dialoga com os achados de Diniz (2018) e Ferreira, Ratton e Paes-Sousa (2023), a respeito do deferimento da medida de IC a partir do “desespero das mães”. É notável que a maior parte dos acórdãos analisados continham relatos desses familiares narrando situações vividas com os usuários de drogas:

Relata a inicial que o requerido é **usuário de crack há aproximadamente três anos, tendo se tornado extremamente agressivo e violento**, se envolvendo em tiroteios, **subtraindo objetos da residência dos genitores e agredindo-os com frequência**, não obstante a idade avançada dos pais (Doc. 1/2016, grifos meus).

[...] alegando que [nome] (seu filho) é **dependente químico, é agressivo e já praticou furtos em sua própria residência para adquirir tóxicos**. (Doc. 3/2016, grifos meus).

[...] uma vez que **sendo dependente de drogas**, maconha e crack, **coloca em risco sua própria integridade física, de seus familiares**, incluindo seus filhos e da sociedade. Menciona que a filha apresenta graves distúrbios de conduta, **com ataques nervosos, furtos recorrentes na residência e comportamento agressivo com a autora e seus netos** [...] (Doc. 3/2021, grifos meus).

Ou seja, narram comportamentos que levam os familiares ao medo e insegurança. Comportamentos esses que são, efetivamente, delituosos: “furtos”, “agressões”, “ameaças”. E que são exercidos, no caso em tela, em sua maioria por homens, sobre mulheres, sobre suas mães. Nesse sentido, o poder exercido pelos usuários de drogas nas relações familiares toma a tônica da violência. Um poder coercitivo, pois agressivo, que rompe com as hierarquias e fere a ordem estabelecida na instituição familiar. Nesse sentido, a IC se apresenta como uma possibilidade de anular esse exercício de poder do usuário de drogas. Destarte, o mecanismo de internação compulsória toma contornos semelhantes às *lettres-de-cachet* discutidas por Foucault (2002; 2003).

Segundo o autor, a *lettre-de-cachet* era uma ordem do rei que concernia a uma pessoa, individualmente, obrigando-a a fazer alguma coisa. Mas, essas decisões arbitrárias se expressavam como uma espécie de serviço público. Essas ordens reais não eram feitas de improviso, de cima para baixo, na maior parte das vezes eram solicitadas contra alguém por seus familiares, pai e mãe, vizinhos, às vezes o padre local. Eram solicitadas devido a injúrias conjugais, conflitos de interesse, jovens indóceis ou bebedeiras. Mas eram precedidas por

uma inquirição, que se destinava a julgar se “essa bebedeira, essa violência e libertinagem mereciam, de fato, um internamento, e em quais condições e por quanto tempo” (Foucault, 2003, p. 214). Nesse sentido, esse da arbitrariedade real se investe “de uma espécie de contra poder, poder que vinha de baixo e que permitia a grupos, comunidades, famílias ou indivíduos exercerem poder sobre alguém” (Foucault, 2002, p. 96-97).

Nessa esteira, as medidas de internação compulsória emergem como uma estratégia de neutralização dos poderes do usuário de drogas, ao mesmo tempo que como vetor de esperança no “resgate do indivíduo”. É por meio delas que as famílias, que as mães, veem a possibilidade de extinguir as ações hostis do usuário, reordenando, mesmo que momentaneamente, a cadeia de exercício de poder no interior da instituição familiar. Foi apresentado, nas seções anteriores, que as internações compulsórias se apresentam como possibilidade de recuperação do “si mesmo perdido” em função do uso de drogas. Esse fato se escancara na perspectiva dos familiares que buscam a medida.

Silva *et al* (2021) realizaram um estudo com familiares de usuários de drogas que procuram a medida de internação compulsória no interior paulista. Os autores destacam a difícil convivência dos familiares com o usuário, que o enxergam enquanto “sujeito problema”, incapaz de “medir o que faz” quando está fora de si devido ao uso de substâncias. Além disso, a partir da realização de entrevistas, demonstram que os familiares relataram a travessia de um percurso que objetiva “trazer os usuários de volta à vida”. Os entrevistados, assim, apontam que os usuários passaram a viver em função da substância em detrimento de projetos de vida, como família, carreira profissional e vida social: “Daí essa parte, queria que ele voltasse a viver de novo, um trabalho, sei lá, queria que ele voltasse a ser um homem de novo” (entrevista com familiar *in* Silva *et al*, 2021, p. 3). Ou seja, para o ideal de possibilidade de acessar o “si mesmo perdido” em função do uso de drogas através da internação.

Nesse sentido, os autores demonstram que os familiares apresentam uma descrença na rede de atenção psicossocial disponível, passando a ver no sistema de justiça a possibilidade de operacionalizar o desejo/anseio de internação, em um complexo movimento de judicialização da política de saúde. Assim, ainda que a pessoa tenha sido internada outras vezes, os familiares alimentam a esperança de que, com a intervenção da justiça, “dessa vez pode ser diferente”. O que se estabelece, pois, é uma espécie de “economia da esperança” (Rose, 2013), em que os familiares veem no processo judicial a possibilidade de acesso ao serviço que creem ser a possibilidade de salvação e resgate do ente querido perdido. Disso, se desdobram outras questões. Primeiramente, a RPB, apesar de ter proporcionado uma série de

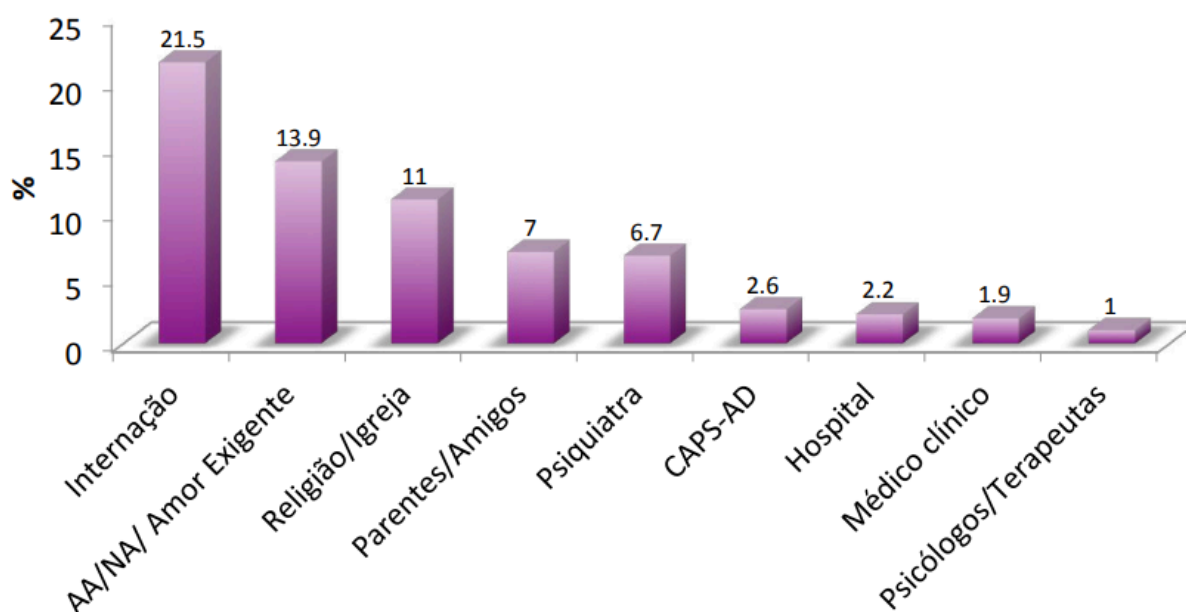
avanços factíveis em relação aos tratamentos de saúde mental, parece não ter sido capaz de reestruturar a perspectiva cognitiva social em relação aos direitos das pessoas em sofrimento mental. Nesse sentido, nos últimos tempos uma série de “piadas” se propagaram nas redes sociais, relacionando os serviços substitutivos de saúde mental, principalmente o CAPS, a ideias manicomiais de isolamento, reforçando a estigmatização dos usuários desses serviços⁴⁷. A população, em geral, parece compreender pouco as mudanças preconizadas pela RP, e veem o CAPS como uma continuação do manicômio. Mesmo com a reforma e lutas protagonizadas por diversos atores e movimentos sociais, atenção à saúde mental ainda é quase um sinônimo de isolamento no Brasil.

Partindo desse raciocínio geral, informado pelo acúmulo histórico de políticas e ideologias proibicionistas, abstinências e repressivas que não foram efetivamente transformadas com os processos que preconizam a desinstitucionalização e as políticas de redução de danos, a única intervenção compreendida como eficaz para combater as mazelas familiares e comunitárias decorrentes dos ciclos de uso abusivo de álcool e outras drogas é a retirada do sujeito usuário de seu convívio. Se estabelece, assim, a ideia de uma única “cura possível” marcada pela abstenção total do consumo, que, na maior parte das vezes, ignora fatores como a sociabilidade, o contexto socioeconômico e territorial em que o sujeito se insere, relegando ao tratamento psiquiátrico o protagonismo no “combate a esse mal”. Como demonstra o levantamento feito por Laranjeira *et al* (2013), em que entrevistaram presencialmente 3142 familiares de usuários de drogas em tratamento ambulatorial ou em internação de 23 capitais de todas as Regiões brasileiras, 21,5% de sua amostra procurou a primeira “ajuda” ao uso de drogas através da internação, como se demonstra no gráfico a seguir:

⁴⁷ Fonte:

<https://www.tnh1.com.br/conteudo/noticia/nid/e-nem-e-meme-caps-vira-piada-nas-redes-sociais-disseminando-preconceitos-e-estigmas-contra-pacientes-psiquiatricos/index.html> ;
<https://ufmg.br/comunicacao/noticias/memetizacao-e-saude-mental-o-triste-deboche-do-caps>

Gráfico 4: Primeira ajuda procurada para o tratamento de uso de drogas



Fonte: Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD FAMÍLIA; Laranjeira *et al*, 2013)

Nesse sentido, a internação, vista como única saída possível, tanto para a busca do “resgate” do ente perdido, tanto como possibilidade de se livrar do indivíduo problemático, é acionada recorrentemente pelos familiares, como demonstrado na fala de uma funcionária da T.O. de um hospital psiquiátrico:

[...] E também tem aquele lance da família já conhecer o hospital. Então, vamos supor, eu tenho um filho que bebeu. Ai, ele bebeu uma pinga "ai, vamo internar?"; aí, ele fumou uma maconha "ai, vamo internar? Já tá desandado." Entendeu? "ai, ele tá louco, ó, tá discutindo comigo. Vamo internar?" Aprendeu o caminho... já era, a família pega gosto. [...]. Eu falei: gente, depois que a família aprende o caminho daqui já era, cê não pode mandar ninguém a merda que já vai "ah, tá louco. Surtou, interna." (Trecho de entrevista com terapeuta ocupacional *in*: Almeida, 2023, p. 95).

Em segundo lugar, essa forma de intervenção das famílias constitui uma estratégia própria. Ao lidar com entes usuários de drogas, as famílias desenvolvem uma série de táticas a fim de neutralizar o poder exercido por estes, assim como conter possíveis danos, sejam materiais, físicos, financeiros ou psicológicos. Essas táticas podem variar da vigilância constante do ente, privação de dinheiro, acionamento de redes religiosas, entre outras. Nesse sentido, é possível afirmar que engrena uma espécie de “jogo”, marcado por regras e disputas próprias que darão origem a um *habitus* (Bourdieu, 2004; 2021) específico. É desenvolvida uma maneira própria de se lidar com essas disputas buscando sempre a vitória. Destarte, sob a perspectiva de um “si mesmo” perdido, os familiares, e grande parte da sociedade incluindo

os médicos e magistrados, acabam vendo nas formas de tratamento em “meio aberto” e focadas na redução de danos, uma forma de “empoderar demasiadamente” o usuário, crendo que o tratamento não será seguido ou não desaguarão no resultado esperado: a abstinência e reabsorção dos usuários pelos circuitos de integração.

Essa ideia se molda, em grande parte, pela crença no tratamento médico/medicamentoso como única saída possível. E, dentro desse campo, os familiares detêm considerável vantagem. Lembremos que a Lei 10.216 estabelece que as internações podem se dar de forma *involuntária*, necessitando somente da autorização expressa de familiares e da comprovação médica de sua necessidade. Assim, desde que a pessoa possa pagar, as internações involuntárias em clínicas e hospitais privados são facilmente acessadas. Estando em desvantagem no campo familiar, os familiares buscarão o campo médico como forma de tornar a luta “impossível” (Foucault, 1995), para os usuários. Mas, não encontrando a resposta esperada diretamente no sistema de atenção psicossocial, as famílias entrarão no campo jurídico a fim de garantir a vitória. Trataria-se, assim, de transpor o conflito para a segunda intensidade do campo jurídico (Sinhoretto, 2010), saindo de uma administração informal para adentrar o espaço da “justiça comum”, onde mesmo havendo limitações para a mobilização de recursos materiais e simbólicos, ganha-se uma grande vantagem na disputa em relação ao usuário de drogas.

Nesse sentido é que se apresenta outro aspecto envolvido nos pedidos de internação compulsória. Aspecto esse que se relaciona à possibilidade de acesso à “saúde”, entendendo como saúde a internação buscada pelos familiares. Na maior parte dos acórdãos analisados, as decisões de IC determinavam que a medida deveria ser aplicada pelo município ou FESP, em hospitais vinculados ao SUS ou em clínicas particulares, cuja internação seria paga com dinheiro público:

Assim, porque a vida e a saúde têm precedência sobre todos os demais bens juridicamente tutelados, **não podendo ser colocados em perigo pela falta de condição econômica para custear o tratamento, cabe ao Poder Público a responsabilidade de supri-lo**. Os tratamentos de custo elevado, que excedem a capacidade econômica de significativa parcela da população brasileira, devem ser supridos pelo Poder Público, ante o comando do artigo 196 da Constituição Federal de que a saúde é direito de todos e dever do Estado (Doc. 3/2017)

Cabe destacar que, em geral, deve ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente. **Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas no caso concreto, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz ou adequado ao seu caso** (Doc. 3/2019)

Apesar da impossibilidade de rastreamento das condições socioeconômicas das famílias e dos usuários pelas leituras dos acórdãos, os argumentos neles contidos de que as famílias não detêm capacidade financeira de arcar com os custos de internação podem denotar que essas pessoas não são financeiramente abastadas. Fato corroborado pelas disputas envolvendo pagamento de honorários advocatícios presentes em vários documentos. O que se observa é a inferência do poder judiciário sobre o processo de mercantilização e privatização da saúde. Mesmo com a pretensão de acabar com os manicômios no Brasil, a LRP reduziu os leitos de hospitais psiquiátricos, mas deixou uma brecha para a proliferação de clínicas particulares, que passaram a crescer numericamente com a maior problematização da questão de drogas, em especial do *crack*. Isso gerou um cenário em que o poder público passou a financiar instituições privadas que lucram quiméricamente com o isolamento de usuários de drogas. Um processo que se retroalimenta. Nesse sentido, as decisões, por vezes, também acompanham recomendações de que a internação seja realizada em Comunidades Terapêuticas, sem, contudo, detalhar qual o tipo de comunidade terapêutica:

No mais, os relatórios recentes do CAPS AD II da Prefeitura Municipal de [nome da cidade] (fls. 151 e ss.) e a documentação juntada com a peça exordial concluíram que o requerido [nome do paciente] é **dependente químico de cocaína e necessita de internação psiquiátrica em comunidade terapêutica especializada para toxicômanos**. (Doc. 1/2021)

Relatam as autoras que necessitam para seu irmão [nome] a **disponibilização de vaga em comunidade terapêutica para internação compulsória**, uma vez que o mesmo apresenta quadro de agressividade, colocando em risco sua vida e de seus familiares [...] (Doc. 3/2019)

Como destacam Napolião e Castro (2021), as CT's emergem no país em um cenário de neoliberalização da saúde, em que há o fortalecimento de instituições privadas e filantrópicas em detrimento das instituições estatais. Isso significa que a LRP não foi capaz de refrear a expansão manicomial, e a brecha na lei que não combate o surgimento de instituições desse tipo fortaleceu, novamente, o mercado de lucro sobre o sofrimento mental das pessoas, cujo *marketing*, como observamos no trecho do livro de Brunelli Colares (2019) – Imagem 1 –, é feito a partir da ativação de sentimentos de medo e combate ao “mal” das drogas e aos usuários “destruidores de todas as coisas que são boas” (Rahm, *in*: Brunelli Colares, 2019).

É preciso pontuar, ainda, que apesar de expostas as questões que podem motivar as ações de mães e familiares em buscar a internação, esse mecanismo, especialmente atrelado à instituições privadas, permite a manutenção de uma prática muito comum nos séculos passados e que foi até mesmo objeto da crítica de Marx (1958b): o acionamento dessas

instituições na realização de sequestro dos indivíduos. Isso foi observado em um dos acórdãos apontados pelo programa, que não versa diretamente sobre a IC de um usuário de drogas, mas serve como exemplo de uma prática que não deixou de ser comum:

Consta que a recorrente não queria que seu filho [*nome da vítima*] comparecesse a uma audiência trabalhista referente a um processo movido contra ela. Nessa ocasião, a acusada impôs uma condição ao ofendido, qual seja, **desistir da ação trabalhista ou então ela iria providenciar uma maneira que ele fosse internado ilegalmente em uma clínica de recuperação em [*nome da cidade*]. Caso a vítima desistisse da ação, ela o liberaria da internação ilegal.**

Ocorre que **o ofendido não se submeteu à chantagem feita pela sua genitora, o que fez com que esta cumprisse sua promessa de interná-lo.** A ré dirigiu-se até o [*nome da clínica*] e falou com o corréu [*nome*] para que este realizasse a internação compulsória de seu filho [*nome da vítima*], sendo que ela pagaria pelos serviços por ele prestados.

[...] Quando a vítima chegou ao apartamento, a recorrente estava no local e, logo em seguida, **chegaram três homens, os quais prenderam o ofendido, segurando com força, cumprindo ordens do corréu [*nome*]. Os três indivíduos informaram à vítima que trabalhavam em uma clínica de recuperação de dependentes químicos e que tinham autorização de sua genitora para fazerem a sua remoção e internação**, o que foi confirmado pela acusada. (Doc. 3/2020, grifos meus)

As internações involuntárias não precisam de um parecer judicial. Basta um laudo médico que comprove sua necessidade, e que o mandante da internação disponha de recursos para arcar com ela, haja vista que o sistema de saúde pública, segundo a LRP, não deve preconizar o isolamento dos indivíduos. Mas, como se observa, às vezes basta cumprir apenas a segunda condição: poder pagar pela retirada do ente de seu convívio. Destarte, a manutenção de clínicas que são, não raramente, sub fiscalizadas, abre portas para que as internações sejam realizadas de forma totalmente arbitrária. Além disso, a realocação de dinheiro público, por ordem judicial, às instituições privadas fortalece essa cadeia de fatos. No fim das contas, os manicômios nunca deixaram de existir no país, mas se tornaram um “privilegio” das famílias que podem pagar para se livrar de seus indesejáveis. E, não havendo dinheiro para tal, a justiça pode interferir, financiando manicômios particulares em nome da “segurança” e do “direito à saúde”.

Nesse sentido, as famílias que não detêm condições de arcar com o valor das internações em clínicas privadas, considerando que não se trata de somente uma internação, mas sim de um ciclo de reincidências, lançam mão de uma série de estratégias para obter a “vitória” ante o usuário e suas condutas. Essas estratégias, por sua vez, são dadas e possibilitadas pelo acúmulo histórico que estabelece as regras do jogo: a solução para os problemas “causados” pelo ciclo de consumo abusivo de drogas são, para as famílias e grande parte da sociedade, o isolamento dos usuários, a obrigatoriedade de manutenção do tratamento medicamentoso e a busca constante e perpétua pela abstinência. Nesse sentido, as

pessoas lançam mão de uma série de estratégias e táticas para atingir esse fim, que vão desde o pagamento a uma clínica para remoção do indivíduo, à judicialização da disputa.

Por outro lado, o acúmulo dessa série de tomadas de posição deságua na manutenção, fortalecimento e estruturação de uma “estratégia histórica”: a busca das famílias pelo isolamento de seus entes, fundamento em discursos que ressaltam condutas violentas, perigosas e anti sociais, resulta em um montante de registros que atribuiu ao grupo de usuários, em geral, esses comportamentos, gerando, conseqüentemente, um regime de verdade que vê nos usuários de drogas alguém perigoso à segurança e saúde pública. A busca por internações, historicamente dada como solução de um problema, gerará a criação de novas instituições de caráter manicomial que, por sua vez, reforçarão cognitivamente o papel da internação como solução. A estratégia de acionamento do poder jurídico pela família na disputa com o usuário de drogas, por seu turno, pode acabar desaguando no estabelecimento de uma outra disputa, as disputas entre os magistrados pelo destino do usuário, o que, conseqüentemente, leva ao acionamento de uma série de outras estratégias. Com isso em mente, o objetivo da próxima sub-seção é compreender e analisar as disputas, estratégias e tomadas de posição dos magistrados em julgamentos de internação compulsória de usuários de drogas.

5.4 O “cabo de guerra” dos magistrados: disputas e estratégias

Como já expressei, um dos meus objetivos centrais na análise dos acórdãos sobre internação compulsória de usuários de drogas é compreender a configuração de um “cabo de guerra” entre os posicionamentos dos magistrados nesse âmbito. Nesse sentido, foram estabelecidas duas categorias de oposição que balizaram, inicialmente, esta análise empírica: autonomia do sujeito e tutela do sujeito. A primeira, refere-se aos movimentos de magistrados que tem por objetivo a valorização da autonomia dos sujeitos usuários de drogas em seus tratamentos de saúde, ou seja, os votos que preconizam o tratamento realizado em liberdade, a partir de serviços substitutivos, de base territorializada e enfocados na inserção comunitária. Em suma, os votos que vão de encontro à internação compulsória. Já o segundo, refere-se às tomadas de posição dos magistrados que se orientam pela noção de tutela jurídica dos usuários, compreendendo que, a partir do uso de drogas, a perda de autonomia dos sujeitos deve resultar em um movimento de tutela, visto que, nessa perspectiva, os usuários seriam incapazes de gerir seus próprios direitos e saber o que “é bom para si”. Em resumo, trata-se das decisões que vão ao encontro das medidas de internação compulsória. Mas, para além do mapeamento das posições opositoras no “cabo de guerra”, nos interessa compreender as estratégias tomadas pelos magistrados para fazer valer seus posicionamentos, ou seja, qual a estrutura argumentativa e discursiva, elementos, informações e jurisprudências são mobilizados na justificação do voto.

O conjunto de sete acórdãos que compõem as análises nesta sub-seção foram colhidos da seguinte forma: cinco deles, três referentes ao ano de 2018, um referente ao ano de 2019, e um ao ano de 2021 foram apontados pela seleção do programa *Julia*; dois deles, referentes ao ano de 2024, foram concedidos após solicitação a um magistrado. Todos os acórdãos, com exceção ao ano de 2021, têm em comum a mesma estrutura, constam neles o primeiro voto de um juiz que versa a favor da medida de internação compulsória e, em seguida, o voto divergente de um desembargador, que pugna pelo não provimento da medida, votando pelo encaminhamento do processo a reexame. Além disso, tanto os primeiros votos quanto os votos divergentes possuem estrutura argumentativa idêntica, em que os textos redigidos são exatamente iguais, das palavras empregadas à ordem dos parágrafos, fato que, por si só, já escancara a existência de estratégias que buscam a vitória na disputa dentro do campo e, assim, se repetem. As poucas mudanças e diferenças observadas nos acórdãos dizem respeito a questões particulares presentes em cada um, como disputas por pagamentos de honorários advocatícios, por exemplo.

Durante a análise dos acórdãos apontados pelo programa um fator saltou aos olhos: em todos eles o voto divergente foi dado pelo mesmo magistrado, o desembargador Leonel Carlos da Costa. Leonel, em 2012, publicou um texto apontando que “os deficientes são incompreendidos” pela justiça de São Paulo⁴⁸. Esse fato explicita que os votos dos juízes implicam uma interpretação de mundo do agente que é, explícita ou implicitamente, ideologicamente motivada. As perspectivas em relação a determinado fenômeno, pois, afeta o “livre convencimento” dos juízes, que através de seu voto traduzem essas perspectivas ao passo que tentam agir sobre a realidade em sentido de transformação ou manutenção de determinada ordem.

Após essa constatação, entrei em contato com o desembargador a fim de conseguir uma entrevista. Como resposta, ele me encaminhou dois outros acórdãos, os de 2024, em que constavam votos divergentes seus. Assim, foi possível observar como as estratégias discursivas dos magistrados se reelaboraram ou se mantiveram com a passagem dos anos. É válido ressaltar que, mesmo com a presença dos votos divergentes nos acórdãos, Leonel foi voto vencido em todos os processos, exceto o de 2021, em que o reexame necessário com vistas a anular o processo de internação foi provido. Ou seja, quase todos os acórdãos aqui analisados culminaram na internação compulsória de um usuário de drogas, revelando que mesmo que os magistrados lancem mão de estratégias refinadas para fazer valer seu posicionamento, as estratégias majoritárias⁴⁹, que seguem o fluxo do estilo de pensamento social hegemônico, prevalecem. Entretanto, a partir desses acórdãos foi possível compreender a forma de construção de verdade sobre os usuários no discurso dos magistrados, bem como quais estratégias são por eles empregadas dentro do campo de/em disputas.

Para início de conversa, tanto nos acórdãos que compõem o *corpus* analítico da presente subseção, quanto nos demais, um dos principais fatores que levaram o processo ao julgamento em segunda instância foi a apelação dos municípios e/ou da Fazenda do Estado de São Paulo, que foram, em primeiro momento, condenadas a arcar com o custeio da internação do usuário de drogas em estabelecimento especializado, público ou privado. Entre os principais argumentos mobilizados por esses entes federativos estão: prejuízo da coletividade em detrimento de um particular; falta de recursos disponíveis para arcar com a internação; invasão do Poder Judiciário a seara de competência do Poder Executivo:

Sustenta, em síntese, que a municipalidade não deve ser responsável pela internação compulsória do paciente, pois por ser o sistema de saúde ser universal, **o atendimento exclusivo a uma pessoa prejudicaria o atendimento de toda a**

⁴⁸ Fonte: <https://www.conjur.com.br/2012-dez-27/leonel-costa-deficiente-ainda-incompreendido-justica-paulista/>

⁴⁹ O termo será melhor explicado a diante.

população. Ainda, alega que a responsabilidade por esses tratamentos de saúde seria do ente federativo, além de aduzir falta de recurso orçamentário para proporcionar a internação (Doc. 1/ 2019, primeiro voto, grifos meus)

Alude ainda que, quando um Magistrado através de **uma sentença decide como deve ser empregada a verba destinada à saúde, ele está fazendo com que o Poder Judiciário invada a seara de competência do Poder Executivo** (Doc. 1/2024, primeiro voto, grifos meus).

No *corpus* analítico em questão, somente em um dos acórdãos o município questionou o documento médico usado para embasar a decisão judicial, aliando essa questão as demais, acima explicitadas:

No prazo legal, sobreveio apelação da Municipalidade de [nome da cidade], asseverando, em suma, que: **seria necessária a realização de perícia para o fim de aferir a real necessidade da internação; inviável a intervenção do Poder Judiciário no caso vertente**, em face do disposto no artigo 2º, da Constituição Federal, envolvendo a internação reclamada ato de competência exclusiva do Poder Executivo; atua dentro dos limites estabelecidos na Lei Complementar nº 101/00, **em observância ao princípio da legalidade, não podendo prevalecer o interesse individual sobre o coletivo; aos Municípios incumbe o atendimento básico da saúde, que não contempla tratamento para dependentes químicos; a razoabilidade e a proporcionalidade impedem que se obrigue o Município a custear tratamento não previsto em seu orçamento**; de toda sorte, **não se mostra cabível a internação compulsória, que representa última medida a ser tomada**. Postula, daí, a reforma do decisum (Doc. 3/2018, primeiro voto, grifos meus)

A questão que envolve as internações por intervenção judicial e o processo de mercantilização da saúde e destinação de recursos públicos a entes privados já foi discutida na subseção anterior. Não surpreende que a estratégia adotada pelos entes federativos seja pautada em termos de gestão econômica dos recursos, uma vez que são “cobrados” pelo poder judicial nesse sentido. Além disso, aos entes federativos é relegado o papel de gestão desses recursos e do “público”. Também buscam a demarcação de um campo de atuação, ou seja, a delimitação dos limites de ação do Poder Judiciário no que se refere à gestão dos recursos e formas de atenção. Entretanto, o sujeito usuário de drogas é posto em segundo plano em todos os recursos com exceção de um único, que questiona a validade do documento que expressa o parecer médico e ressalta que a internação compulsória deveria ser acionada como última medida. Como já dito, não surpreende que os pontos acionados pelos entes digam respeito aos termos em que são cobrados, contudo, isso revela, logo em primeiro momento, que argumentos em função da defesa do usuário, do sentido da LRP em defesa das pessoas “portadoras de transtornos mentais”, detém pouco ou nenhum peso no processo de “convencimento” dos magistrados.

Um ponto interessante é que tanto nos primeiros votos, como no caso dos votos divergentes, as respostas dos magistrados aos postulados dos entes federativos convergem entre si, como se observa dos extratos textuais a seguir:

Nesse passo, forçoso reconhecer que é obrigação do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) assegurar o tratamento especializado àqueles que não ostentam condições de custeá-lo com recursos próprios, razão pela qual não há que se falar, in casu, em ilegitimidade passiva ad causam do ora acionado e de seus agentes, máxime porque o Sistema Único de Saúde SUS é composto pelos três entes federativos (v. REsp. nº 507.205/PR, relator Ministro José Delgado, j. 07.10.2003).
[...]

E não colhe a alegação de que o acolhimento do pedido viola o princípio da separação dos poderes, insculpido no artigo 2º da Constituição Federal.

Ora, o reconhecimento de tal responsabilidade não importa em transformar o Poder Judiciário em gestor dos recursos destinados à saúde pública, visto que o acolhimento da pretensão ora deduzida apenas torna efetivo o direito de integral assistência à saúde, não se confundindo essa atribuição específica do Judiciário com o poder-dever da Administração de gerir as verbas ou recursos de determinada área ou, ainda, de estabelecer suas prioridades de atuação. (Doc. 1/2018, primeiro voto, grifos meus)

De início, inquestionável a responsabilidade solidária existente entre União, Estados e Municípios no que diz respeito à salvaguarda do direito à saúde, podendo aquele que necessitar promover ações judiciais contra qualquer um dos entes federativos (Doc 1/2018, voto divergente, grifos do autor).

Ambos os magistrados afastam o argumento “batata quente” dos municípios, que visam transferir a responsabilidade de oferta de serviço para outro ente federativo. Contudo, a demarcação, em vias de expansão, do campo de atuação do poder judiciário aparece somente nos primeiros votos, que impõem a medida de internação compulsória. Isso ocorre pela necessidade dos magistrados precisarem justificar sua intervenção em outros campos. Ao voto divergente, basta o posicionamento da possibilidade de intervenção caso necessária, pois precisa se reafirmar “dentro do jogo”. Mas, além disso, os termos nos quais o voto divergente se desenvolverá são outros.

Antes de mais nada, é necessário elucidar um ponto de partida. Os votos em sentido de prover a medida de internação compulsória serão compreendidos em termos de “estratégia majoritária”; enquanto os votos divergentes, que objetivam a não internação, serão entendidos como “estratégia minoritária”. Por suposto, a estratégia majoritária refere-se ao sentido de maioria, integra o fluxo geral de um estilo de pensamento social hegemônico, e tende a ser adotada pela maior parte dos magistrados. Sendo majoritária e integrando o fluxo pré-existente, essas estratégias dispensam grandes explicações e justificativas. Essa forma de estratégia apresenta-se, pois, como “natural” e não como intencionalidade, apagando seu caráter “arbitrário” e construído. A estratégia minoritária, por sua vez, é tomada por agentes

em “desvantagem” no campo. Assim sendo, necessitam de argumentos que contenham maiores explicações e justificativas, apresentando uma intenção deliberada do agente em construir uma estratégia, dialogando com redes de atores e saberes como forma de embasar seu posicionamento. Não à toa, os votos divergentes, na totalidade dos casos em análise, ocupam a maior parte das páginas dos acórdãos. A posição minoritária objetiva revelar elementos “ocultos” de arbitrariedade e orientação ideológica nas estratégias majoritárias.

Quando afirmo que as decisões dos magistrados que provêm a sentença de internação compulsória integram o fluxo geral de um estilo de pensamento hegemônico, quero dizer que suas decisões parecem ser orientadas pela noção de que a internação compulsória opera no resgate do “si-mesmo perdido” dos usuários. Em outras palavras, veem na medida a única alternativa de promover o cuidado do indivíduo em questão. Nesse sentido, ocorre a absorção da verdade médica enquanto verdade jurídica. A “qualidade da prova” que atesta a “dependência” do sujeito é legitimada e suficiente para convencer o juiz simplesmente por ter sido produzida por um médico, um especialista:

O relatório médico de fls. 16, ainda que sucinto, aponta a necessidade de internação, uma vez que o tratamento ambulatorial não está sendo suficiente para a recuperação do paciente.

No caso, o M.M. juízo a quo agiu corretamente ao considerar como prova suficiente a prescrição feita pelo médico que acompanha o tratamento do paciente, pois, como se sabe, **a prescrição feita por médico particular ou do serviço público se presta a comprovar a necessidade do tratamento em questão, não cabendo ao Poder Judiciário discutir a prescrição feita, uma vez que estaria adentrando no campo do médico responsável pelo tratamento.** (Doc. 1/2019, primeiro voto, grifos meus)

Tenho que a necessidade premente de tratamento está bem delineada nos autos, amparada, inclusive, com **laudo pericial realizado por médico psiquiatra do Centro de Saúde III** da Prefeitura Municipal de [nome da cidade] (fls. 13/14), noticiando a dependência de múltiplas substâncias psicoativas: “*Paciente com falência do tratamento ambulatorial, com uso abusivo e nocivo, motivado ao tratamento em regime fechado Dessa forma sugero internação em clínica de recuperação ou comunidade terapêutica CID F19.2*”.

Além disso, não se pode olvidar que **a conveniência ou não da internação é de competência exclusiva do médico que acompanha o paciente**, nos termos dos artigos 8º, e 18 da Resolução nº 1.246, de 08/01/88, do Conselho Federal de Medicina Código de Ética Profissional (Doc. 1/2024, primeiro voto, grifos meus).

Absorvendo o discurso médico de forma direta, para esses magistrados a questão da “dependência” se apresenta como fato dado e, conseqüentemente, o usuário de drogas é percebido como incapaz, como alguém cuja autonomia e capacidade de autogoverno foram perdidas e, assim, torna-se alguém perigoso, uma oferta de risco que precisa ser suprimida a partir do exercício de tutela jurídica:

É certo que a toxicomania efetivamente pode levar à incapacidade para os atos da vida civil, causando risco à integridade física e psíquica não só do dependente, mas de seus familiares mais próximos.

Por essa razão, os pais do dependente químico, ainda que este seja maior de idade, “têm legitimidade para ingressar com a ação de internação compulsória, antes de sua interdição, visando à sua proteção e à segurança de sua família” (v. Apelação Cível nº 0004756-85.2010.8.26.0201, relator Desembargador PEIRETTI DE GODOY, j. 30.03.2011). (Doc 2/2018, primeiro voto, grifos meus)

Vale-se ressaltar que, na maior parte das vezes, os votos de estratégia majoritária enfatizam os relatos de familiares a respeito dos usuários de drogas como forma de demonstrar que ação de internação compulsória serviria para neutralizar os riscos da conduta dos usuários. Dessa forma, observa-se o enfoque dado às “vítimas” na construção do *corpus* jurídico cumulativo, que, ao mesmo tempo, revelaria a “perversidade” dos “agressores”, justificando de forma implícita as medidas tomadas. O que gera um processo de retroalimentação com a perspectiva social geral de risco oferecido pelas pessoas que usam drogas. Em nenhum acórdão é citado qualquer depoimento dos usuários.

É importante lembrar que as estratégias funcionam e são elaboradas dentro dos próprios limites do campo, sendo ordenadas e possibilitadas pelas regras próprias do espaço de/em disputa em questão. A liberdade inventiva, de improvisação, e os “lances possíveis” tem os mesmos limites do “jogo” (Bourdieu, 2004; 2021). Isso significa dizer que os agentes apenas podem se posicionar no campo valendo-se dessas regras. Ao nos referirmos ao campo jurídico, as regras do jogo são dadas nos termos das leis. Os magistrados, em suas decisões, precisam mobilizar essas leis e, no limite, disputar seu sentido. Destarte, as estratégias majoritárias, no caso em tela, parecem não se preocupar em justificar seu entendimento do sentido da legislação. Acionam determinados dispositivos legais sem a necessidade de explicitar sua interpretação, como se o sentido da lei já fosse dado. Assim, para fazer valer as medidas de internação compulsória, mobilizam o artigo 196 da constituição federal, que versa sobre o direito à saúde, a Lei 10.216, lei da Reforma Psiquiátrica. e, além disso, decretos de regimes anteriores à democracia:

Ação proposta pelo Ministério Público objetivando a internação compulsória do esposo da requerida [nome] (terceiro requerido [nome]), em razão de sua dependência química, usuário de entorpecentes há muitos anos, com transtornos mentais e comportamentais, considero que a sentença converge com a jurisprudência assente desta Corte, que privilegia o direito à saúde garantido no **artigo 196 da Constituição Federal**. (Doc. 1/ 2024, primeiro voto)

A Lei nº 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é precisa ao tratar, em seu artigo 9º, da internação compulsória, a qual deverá ser determinada, “de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente,

que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”. Tal medida é admissível, podendo ser, de fato, solicitada pelo próprio paciente, cônjuge, pai, filho ou parente até o quarto grau, na forma do **Decreto nº 24.559/34**; além disso, o **Decreto nº 891/38**, artigo 29, prevê a internação obrigatória ou facultativa dos toxicômanos ou dos intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas. (Doc. 2/2018, primeiro voto)

A lei, aqui, é a justificativa em si mesma. Os magistrados da estratégia majoritária tem vantagem no jogo pois seguem o fluxo que move o jogo, estão alinhados às regras do campo e dos campos correlatos agindo em favor dos consensos pré-existentes. É como ter de convencer as pessoas de algo que já estão convencidas. O acionamento de normativas de outros regimes, como o Decreto 24.559/34 e o Decreto 891/38, expõe a continuidade e persistência dos “entulhos autoritários” (1991) no atual jogo jurídico. Novaes (2014) descreve a combinação desses decretos com a Lei n. 10.216 para fundamentar internações compulsórias como “um erro gravíssimo na atuação judicial atual” (p. 350). Isso porque o primeiro decreto foi expressamente revogado pelo Decreto nº 99.678/90, e o segundo, apesar de não ter sido expressamente revogado, não foi recepcionado pela Constituição de 1988, de tal modo que ambos não estavam em vigor na publicação da Lei 10.216.

Lançando olhar, agora, aos votos que integram o que denominei estratégia minoritária, é preciso ressaltar, de antemão, por mais que seja óbvio, que integram o mesmo “jogo” da estratégia majoritária. Significa que os movimentos são feitos em sentidos muito semelhantes, mobilizando quase as mesmas legislações, à exceção dos decretos de antigos regimes. A diferença central é que, aqui, o magistrado emplaca uma disputa pelo sentido da lei, justificando-se e assumindo uma postura explicitamente combativa:

A Lei 10.216/2001 buscou a proteção e assegurar direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, priorizando a humanização do tratamento ambulatorial, excepcionando a arcaica ideia ou conceito de segregação em manicômios, motivo pelo qual exige prévio laudo médico circunstanciado e motivado e decisão judicial motivada. Não teve a nova lei intenção de promover a internação rápida do paciente, como parece estar acontecendo na prática judiciária, em que, ao invés de preservação das garantias fundamentais do paciente, está, de fato e em nome do utilitarismo, solapando aquelas para determinar internações com base em simples receituário, recomendação psicológica, distanciando-se exatamente da maior cautela exigida pela legislação. (Doc.1 /2018, voto divergente, grifos meus)

O magistrado também apoia-se nessa legislação, que fundamenta todas as medidas de internação compulsória justamente por regulamentar as modalidades de internação em seus dispositivos, como forma de buscar nulidade do processo de internação. Isso se dá em um movimento que aciona outro dispositivo dessa lei, a saber: a necessidade de um laudo médico circunstanciado que ateste a real necessidade da medida de internação. Ao revés dos

magistrados que, seguindo o fluxo do estilo de pensamento social homogêneo, são convencidos por qualquer documento médico que assinale a necessidade de internação, tais quais receituários, relatórios ou indicações, o magistrado da estratégia minoritária, que explicita sua orientação ideológica, não é convencido pela qualidade dessas provas, e exige a realização da perícia nos termos próprios da lei que regulamenta a internação:

A medida de internação, assim, também não se sustenta sem a devida comprovação do efetivo esgotamento dos recursos extra-hospitalares necessários à reabilitação, bem como ausência de laudo pericial médico em que pese o receituário de fls. 18, subscrito por médico psiquiatra, mas que não dispensava o adequado laudo pericial.

A despeito da convicção judicial do MM. Juízo da origem, **não foi observado o disposto na Lei nº 10.216/2001, que estabelece que o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais deve primar pela reinserção social do paciente em seu meio, de modo a esgotar as medidas extra hospitalares, antes de ser determinada a internação compulsória.**

[...]

Neste contexto, cumpre salientar que a Lei Federal nº 10.216/01, em seus artigos 6º e 8º, dispõe expressamente quanto à necessidade de laudo médico, subscrito por profissional devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina, a embasar a internação psiquiátrica em quaisquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória). Confira-se:

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

[...]

Tais condicionantes legais são inafastáveis, em regra, como garantia da legalidade da medida de internação, que se equipara à segregação social e familiar da pessoa com transtorno mental como se medida de segurança fosse, preservando-se os direitos fundamentais da liberdade, honra, dignidade, etc.

Dispensando o Juízo tais requisitos e decretando a internação compulsória de pessoa, o Estado assume o risco decorrente do descumprimento da ordem jurídica, podendo causar afetação e danos à pessoa indevida e coercitivamente sujeitada à medida excepcional de força. Da mesma forma, na improcedência, o Estado deixa de prestar assistência adequada à pessoa, a qual, por hora, não se pode afirmar com precisão se é dependente químico e necessita de tratamento hospitalar fechado.

[...]

No caso em análise, a questão controvertida - internação compulsória de dependente químico depende de produção de prova da natureza técnica para seu desate, que deverá ser realizada por profissional médico qualificado para avaliar o grau de dependência química e a necessidade da internação compulsória pleiteada na inicial. Incabível, portanto, a antecipação do julgamento. (Doc.3/ 2018, voto divergente, sublinhados do autor, grifos meus)

As justificações, no caso da estratégia minoritária, tendem a ser mais detalhistas e combativas. O que está em jogo, aqui, é o próprio jogo. As regras são mobilizadas a fim de reordenar sua leitura, de alterar os significantes “já dados”, fazendo com que sejam lidos a

partir do acúmulo histórico e do contexto em que surgiram. Em nenhum momento o magistrado questiona a legislação, ele entende a necessidade de interdição daqueles considerados “incapazes de se autogestionar”, mas questiona a validade da qualidade da prova. Ao longo de seu discurso, os pontos efetivamente progressistas da legislação em questão, criada à esse fim, são acionados. Note-se que a verdade médica, aqui, é questionada dentro de certos limites: o magistrado reitera a necessidade de validação da questão pelo saber médico-psiquiátrico, mas exige que seja construída uma prova nos termos da lei. A estratégia se move dentro dos limites do jogo, respeitando as regras do campo e de campos correlatos. A dificuldade, portanto, é de “convencer” as pessoas de algo que rompe com suas convicções.

No estilo de pensamento social hegemônico, os usuários de drogas são percebidos como “incapazes”, e qualquer discurso médico é suficientemente cabal para atestar essa situação. Para aqueles ideologicamente motivados, que se movem no contrafluxo desse estilo de pensamento, o saber médico também precisa se justificar. Isso porque a internação compulsória será percebida não somente em seu caráter “assistencial” de resgate do “si mesmo”, mas, sobretudo, em sua face coercitiva e privativa de liberdade, sendo ressaltados os seus impactos negativos. Nessa perspectiva, os usuários de drogas não percebidos somente como “assujeitados”, mas alçam a posição de agentes, que precisam ser ouvidos e considerados na decisão. Destarte, a argumentação dos votos minoritários se apoiam e desdobram a partir de dois pilares centrais: a insuficiência da prova médica e o cerceamento de defesa do indivíduo, sendo o segundo um desdobramento do primeiro:

Ora, o sistema constitucional e legal brasileiro prevê a ampla defesa, a citação do réu e a nomeação de curador especial. Integra o sistema de garantia judicial a necessidade de feitura de laudo médico circunstanciado, antes de apreender o paciente com transtorno mental ou sob dependência de substância química.

Por isso, não se justificam as violações reiteradas do sistema legal de garantias do vulnerável pelas instituições de Justiça, que deveriam, sim, zelar pelo cumprimento da lei.

É meu entendimento que a justificativa da eficiência e celeridade da Justiça bem como a salvaguarda do interesse da pessoa necessitada de internação psiquiátrica podem e devem ser buscadas, mas com a observância do devido processo legal e respeito aos direitos e garantias fundamentais, sob pena de termos uma Justiça totalitária e inquisitiva ao sabor do colorido das medidas judiciais propostas. (Doc. 2/ 2024, voto divergente, sublinhados do autor)

Não de outra sorte, é de rigor o reconhecimento da nulidade da sentença em razão do cerceamento de defesa.

Os documentos coligidos aos autos retratam situação em que a mãe do réu propôs ação visando a compelir as rés a internarem compulsoriamente o requerido, que,

contestando a ação (fls. 33/40), protestou pela realização de prova pericial. (Doc. 1/2019, voto divergente, sublinhados do autor).

Com efeito, de rigor o reconhecimento da nulidade da sentença em razão do cerceamento de defesa e ausência de laudo psiquiátrico hábil a avaliar o paciente sob o enfoque emocional, mental e comportamental.

[...]

Disto decorre o fato de que não apresentou laudo pericial a justificar e fundamentar sua pretensão, tampouco lhe foi nomeado curador especial para que apresentasse defesa.

Ajuizada a ação de internação involuntária do paciente, a despeito da cumulação com a obrigação de fazer contra o ente de direito público, o paciente com o transtorno é parte passiva legítima para a demanda, devendo ser citado e, em face da revelia, seus efeitos não se operam diante da necessidade legal de curador especial, circunstância que decorre da própria natureza da ação e da sua causa de pedir. (Doc. 1/2018, voto divergente, sublinhados do autor)

Em vários dos acórdãos analisados, ao “réu”, sujeito a ser internado, não foram nomeados curadores especiais e esse não constava como parte passiva do processo. Esses fatos, aliados a prova médica “insuficiente”, caracterizam, para o magistrado, cerceamento de defesa:

[...]. **O processo é nulo de pleno direito, pois não poderia ser privado de defesa efetiva no processo exatamente aquele sobre quem recaíram os efeitos materiais do processo e das decisões judiciais**

O poder coercitivo do Estado sobre a pessoa humana, dentro do Estado de Direito, não prescinde da observância das garantias constitucionais fundamentais, dentre as quais o direito de defesa (Doc.2/2021,voto divergente, sublinhados do autor, grifos meus).

Além disso, na complementação desse argumento, o magistrado cita o código de Processo Penal, a Lei de Execução Penal, e a implementação das audiências de custódia:

Mesmo no caso de procedimento especial de jurisdição voluntária de interdição, a lei processual observa a garantia constitucional da ampla defesa pela determinação de citação do interditando (art. 751 do NCPC), que poderá impugnar o pedido e constituir advogado para sua defesa (art. 752 do NCPC).

Como exemplo no Código de Processo Penal: [...]

É direito do preso, como prescreve até mesmo a Lei de Execução Penal (Lei 7.21./1984): [...]

E ainda, mesmo o controvertido **Provimento Conjunto 03/2015** (da E. Presidência do Tribunal de Justiça de São Paulo e sua Corregedoria Geral) no aspecto de sua constitucionalidade, e que implantou a “**audiência de custódia**” de pessoa detida em flagrante delito, garante ao autuado contato prévio com o seu advogado ou Defensor Público e sua apresentação ao juiz, no prazo de 24 da autuação, em respeito aos direitos básicos explicitados na Convenção Americana sobre Direitos

Humanos (Pacto de San José da Costa Rica). (Doc.2/2021, voto divergente, sublinhados e grifos do autor).

Observável, pois, a percepção do magistrado enfoca no usuário de drogas, requer sua participação ativa, ou de seu curador legal, no decorrer do processo. Ao contrário do que ocorre nas estratégias majoritárias, em que a imagem do réu é construída a partir de relatos e depoimentos dos outros, de sua família, de assistentes sociais, de profissionais da medicina, etc. Aqui, o sujeito a ser internado figura alguém que, vendo o peso da decisão cair sobre si, deveria ter oportunidade de posicionamento. Além disso, compreendendo o lado coercitivo da medida de internação compulsória, que se molda sob o prisma dos dispositivos punitivos de privação de liberdade, o magistrado dos votos alinhados à estratégia minoritária convoca elementos desse sistema na configuração de sua “jogada”. Ou seja, tratando-se de um mecanismo de privação de liberdade, precisariam ser observados os pressupostos de dispositivos que regulamentam essas modalidades, portanto o código de Processo Penal, a Lei de Execução Penal, e a implementação das audiências de custódia. Trata-se de “revelar” os elementos ocultos da disputa, trazendo à luz mecanismos paralelos.

Outro ponto que deve ser notado na extração documental acima é o acionamento de pactos, normativas e cortes internacionais. Como explicitado, a estratégia minoritária, estando em “desvantagem” no campo, tenta se impulsionar, justificar e convencer a partir de uma série de elementos que possam carregá-la de maior legitimidade. Nesse sentido, observou-se que, com o passar dos anos, os votos divergentes mantiveram diversos elementos estruturais em sua composição, como a postura combativa, o questionamento da prova médica, o argumento do cerceamento de defesa, a busca pela explicitação do sentido “implícito” da LRP, entre outros. Porém, foi possível notar o acúmulo desses elementos com o acionamento de novos. Destarte, os acórdãos de 2024 são mais carregados com referenciais de decisões internacionais e de episódios nacionais marcantes:

Já tive a oportunidade de fazer voto divergente nesta Corte, que serviu como condutor para a mudança de orientação no caso de Janaina Aparecida Quirino, vítima de esterilização compulsória também requerida pelo MPSP e acolhida pela Justiça em primeiro grau de Mococa (processo 1001521-57.2017.8.26.0360), que teve repercussão positiva na mídia brasileira, alertando para a necessidade de conferir validade e efetividade das garantias constitucionais também ao vulnerável, hipossuficiente.

A despeito de erros pontuais, tal qual na lição deixada pelo caso da Escola de Base (1994), a mídia jornalística hoje tem prestado grande contribuição para a asserção dos direitos fundamentais, possuindo grande poder de influência e de impor mudanças, sejam legislativas ou de perspectivas, para problemas que passam despercebidos no sistema judiciário e afrontam a Constituição da República e a dignidade da pessoa humana.

Pela Convenção Interamericana dos Direitos Humanos (assinada em San José, Costa Rica, em 22.11.1969 e incorporada ao nosso direito positivo pelo Decreto 678/1992), o Brasil comprometeu-se a tomar todas as medidas que forem necessárias para tornar efetivos os direitos e liberdades reconhecidos no diploma, inclusive dando as garantias judiciais para asseguramento dos mesmos direitos fundamentais.

Nesse passo, o STF menciona que: [...]

A Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) já condenou o Brasil pela violação aos direitos humanos no caso denominado “Caso Ximenes” (sentença de 04.07.2006). A vítima, senhor Damião Ximenes Lopes, portador de deficiência mental, foi hospitalizado e sofreu ataques à sua integridade pessoal, que resultaram na sua morte.

A CIDH acentuou que não se observaram as garantias judiciais. (Doc. 1/ 2024, voto divergente, grifos meus, sublinhado do autor)

Desse trecho em questão, que se repete no outro acórdão do mesmo ano, é possível extrair compreensões importantes. Em primeiro lugar, a estratégia de convencimento aplaca o acionamento de casos emblemáticos, o que parece pretender evocar um sentido de comoção. O primeiro caso citado, de Janaina Quirino⁵⁰, diz respeito à uma decisão tomada em primeira instância que determinou a “laqueadura compulsória” de uma mulher usuária de drogas, sob a justificativa de incapacidade de exercer seu “papel de cuidadora”, tendo ofertado a seus filhos situações de risco e perigo. Por ser usuária de drogas foi vista pelos magistrados como incapaz de decidir sobre sua saúde reprodutiva. O magistrado dos presentes votos divergentes e outros magistrados intervieram em segunda instância, porém o procedimento já havia sido realizado.

O segundo caso citado é o da “Escola Base”. Em 1994, os proprietários da Escola Base foram injustamente acusados de terem abusado sexualmente de crianças de quatro anos de idade. Tudo foi desmentido e eles foram inocentados, porém, ao ser precoce e sensacionalisticamente anunciada, a questão gerou uma espécie de histeria coletiva, que foi fomentada e aguçada pela imprensa e pela polícia, através de uma série de “erros”, que culminaram na perseguição e tortura dos acusados.⁵¹ Contudo, é preciso notar que o magistrado cita o caso para se referir a “mídia jornalística”, ressaltando o papel de impacto desta na proposição de mudanças legislativas e de percepção. O magistrado, assim, chama ao

⁵⁰ Para mais informações consultar:

https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/12/politica/1528827824_974196.html;

https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produto_s/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-FD-UFG_v.44_n.1.08.pdf;

<https://www.migalhas.com.br/quentes/281580/tj-sp-reverte-decisao-que-mandou-esterilizar-mulher-compulsoria-mente-mas-procedimento-ja-tinha-sido-feito>

⁵¹ Para mais informações acessar:

<https://portal.unit.br/blog/noticias/caso-escola-base-o-que-podemos-aprender-com-os-erros-da-imprensa/>;

<https://www.uol.com.br/splash/noticias/2022/11/11/escola-base-como-noticia-falsa-de-pedofilia-mudou-a-vida-d-e-jornalista.htm>

jogo atores de campos que influem no seu. A Estratégia é se coligar a outros agentes na busca pela vitória.

Já no que se refere às questões de âmbito internacional, o magistrado cita convenções e pactos dos quais o Brasil é participante, assim como um caso emblemático da questão psiquiátrica, o já trabalhado no caso Damião Ximenes (Garcia, 2016). A estratégia de acionamento de forças internacionais abarca a perspectiva de acionamento de outros profissionais de prestígio global para embasar e fortalecer suas justificativas de posicionamento. No que se refere às jurisprudências nacionais, tanto de decisões da corte de São Paulo, quanto do Supremo Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal, esses são mobilizados nos votos de estratégia majoritária e minoritária. Obviamente isso se dá por uma questão de inserção nas regras do próprio campo. Dizer que as estratégias majoritárias se justificam “menos”, não quer dizer que elas não mobilizem, também, uma série de elementos para se validarem e se imporem. Mas, significa afirmar que elas se fazem valer com justificativas menos robustas e minuciosamente trabalhadas, ao revés das estratégias minoritárias que buscam acumular mais e mais prestigiosos elementos para tentar se impor. Como ilustrativo dessa dinâmica, tomarei a liberdade de transcrever integralmente um dos votos da estratégia majoritária, que objetiva fazer valer a ação de internação compulsória:

A remessa oficial não comporta acolhimento, pelas bem lançadas razões deduzidas na r. sentença ora '*sub examine*', as quais adoto para evitar fastidiosa repetição e nos termos do permissivo contido no art.252 do Regimento Interno desta A. Corte, cuja aplicabilidade encontra respaldo na jurisprudência do E. STJ.

Conforme bem observou o d. Magistrado sentenciante, o direito da família e responsáveis pelo requerido [nome] à internação compulsória dele em leito hospitalar da rede pública para tratamento de sua adicção ficou bem evidenciado nos autos, seja por força do disposto no artigo 196 da Constituição Federal, seja pela condição ostentada pela aludida parte requerida, na medida em que ele é pessoa hipossuficiente sem meios próprios de autocomando e financeiros para custear internação em rede particular, e com quadro de saúde grave (dependência química e etílica), a justificar a medida pleiteada.

Confira-se, nesse sentido, o parecer ministerial em segundo grau, mencionado no relatório acima.

Dessa forma, imperativo que o Estado cumpra sua obrigação constitucional, conforme diversos precedentes desta Corte (de conhecimento notório), não podendo os entes federados da República Brasileira (tanto o estado-membro bandeirante quanto a municipalidade de Tabatinga) furtar-se a ela.

Logo, diante da evidência do direito defendido pela parte autora da demanda, era mesmo de rigor a procedência dela, nos termos dos dispositivos legais indicados na r. sentença, que merece subsistir por seus próprios fundamentos, rejeitando-se a remessa oficial.

Com essas considerações, meu voto **rejeita o reexame necessário, mantendo a sentença que julgou procedente a demanda.** (Doc.1/ 2024, primeiro voto, grifos do autor)

Nítido, pois, como a estratégia majoritária tem o poder de se fazer valer em si própria. Suas justificativas são simples, carregadas de aspectos informados pela, e que reiteram a, “estratégia histórica” dada, e a todo instante construída. Essa forma de estratégia joga a favor do jogo, em seu campo, nos correlatos e no campo social geral. Em contraponto, o voto divergente ocupa 10 páginas do documento, e aciona todos os elementos da estratégia minoritária até aqui apresentados. Ao final do julgamento, o magistrado da estratégia minoritária declarou voto vencido.

As regras do campo são informadas pelas estratégias históricas ao passo que as informam, isso significa que são tão influenciadas por elas quanto as influenciam. Ao mesmo tempo, as mudanças em outros campos revelam seus limites de inferência no campo jurídico. A alteração da legislação pela Reforma Psiquiátrica parece ter influenciado pouco as decisões judiciais, que se mostram operando ainda em um sistema manicomial. Concomitantemente, a presença da estratégia minoritária expõe uma “marcação de posição” constante do agente, mas que se demonstra, também, incapaz de alterar a configuração do campo. A relação entre ator e campo, pois, é fixa e incapaz de pautar mudança efetiva. Tudo se dá como numa espécie de campeonato de natação dentro de um rio. Mesmo se dispendo de mais, e mais refinadas, técnicas, se optar por nadar contra o fluxo da correnteza, o competidor terá poucas chances de sair vitorioso.

5.5 Conclusão

Decorridos mais de vinte anos desde a implementação da Reforma Psiquiátrica, a atenção despendida a usuários de drogas parece ainda se pautar em uma lógica manicomial. Desde o golpe parlamentar de 2016 temos observado o avanço institucional de uma política de contrarreforma, que vem se fortalecendo desde 2019. Deixando “portas abertas” para a criação de instituições psiquiátricas privadas que se alicerçam no modelo manicomial, a RP não foi capaz de frear o fenômeno. É verdade que muitos avanços foram efetivamente conquistados, os grandes manicômios foram desestruturados e inúmeras pessoas que sofrem com questões psíquicas foram, de fato, mais incluídas na sociedade. O fenômeno contemporâneo consiste na fragmentação das instituições asilares – agora sob o nome de comunidade terapêutica e a forma de clínicas privadas – com ação enfocada na população de usuários de drogas.

O estilo de pensamento social hegemônico, que infiltra e orienta o campo jurídico, ao passo que é orientado por ele, percebe os usuários de drogas, enfaticamente aqueles imersos em ciclos de uso abusivo, como indivíduos que perderam sua autonomia, sua capacidade de agência, para a substância. Perderam seu “si-mesmo”, sendo assim “desgovernados”, incapazes de exercer autogerenciamento e, portanto, retirados dos “circuitos de inclusão”. A partir disso passam a ser enxergados enquanto perigosos, vetores de oferta de risco. Toda a conduta antissocial adotada por esses indivíduos é lida como decorrente do consumo de substâncias: comportamento agressivo, pequenos delitos e desvios de conduta são, nessa lógica, os sintomas ao mesmo tempo que a própria doença. Esta que seria desencadeada, justamente, pelo consumo de drogas.

Nessa chave, o tratamento psiquiátrico-medicamentosos através do isolamento emerge como única possibilidade de resgatar o “si mesmo” perdido para as drogas. O acionamento judicial pela família opera numa espécie de economia da esperança, que é condicionada por uma série de fatores internos e externos: a entrada no campo jurídico busca driblar barreiras – econômicas, de tempo, etc. – de acesso ao tratamento tido como “última chance de salvação”. Os relatos das famílias, por sua vez, alimentam essa lógica dentro do campo jurídico, de modo que, para grande parte dos magistrados, a medida de internação compulsória aparece como possibilidade de exercer o “belo ofício de curar”, ao mesmo tempo que garantiria a defesa da sociedade dos perigos virtuais ofertados pelos usuários de drogas “desgovernados”.

Uma vez dentro do campo jurídico, outras disputas podem surgir. Nesse sentido, magistrados que se preocupam com a “autonomia dos sujeitos” e veem os usuários de drogas como indivíduos que deveriam ter a chance de defesa, por não se convencerem de antemão da necessidade da medida uma vez que enxergam seu polo coercitivo e repressivo, podem iniciar uma disputa com aqueles que veem os usuários de como “incapazes” de decidir e cuidar de si, portanto passíveis de intervenção que objetiva “tutelar os sujeitos”. Assim, duas estratégias entram em enfrentamento: estratégias majoritárias, alinhadas ao fluxo de pensamento social hegemônico; e estratégias minoritárias, que buscam se opor a essa visão de dominação jurídica dos sujeitos. As estratégias minoritárias, estando em desvantagem, necessitam se refinar e mobilizar o maior número de justificativas possíveis a fim de “convencer” os outros e conquistar a vitória no combate em campo. As estratégias majoritárias, por sua vez, precisam de poucas justificativas, visto que se passam como “naturais” e não como intencionalizadas. A relação entre os atores e campo, contudo, se apresenta em termos de fixidez, e na quase totalidade das vezes as estratégias majoritárias imperam, traduzindo-se na manutenção da lógica manicomial no campo jurídico.

Seção 6

O objetivo da presente seção é analisar e discutir os votos dos ministros do Supremo Tribunal Federal referentes ao Recurso Extraordinário 635.659, que versou sobre a descriminalização da conduta do consumo pessoal de maconha. Assim, primeiro será apresentado um breve histórico do julgamento e das mudanças nos campos correlatos, que espriaram no campo jurídico e permitiram a tomada de decisão do Supremo pela descriminalização. Em seguida, serão analisados os votos e discussões dos Ministros, extraídos do Acórdão do julgamento⁵². Somam-se a isso, na composição do quadro empírico, entrevistas realizadas com uma Defensora e um Defensor Público, cujas carreiras foram edificadas a partir da questão de drogas, em que foram abordadas questões relativas à temática. As identificações e principais informações sobre os entrevistados estão transcritos na tabela a seguir:

Tabela 8: Informações sobre os Defensores Públicos entrevistados

	Defensora	Defensor
Idade	37	42
Formação	Direito- Pontifícia Universidade Católica (São Paulo)	Direito- Universidade de São Paulo
Militante da questão de drogas?	Não	Sim
O que pensa sobre a atual política de drogas?	“Bom, eu penso que ela não cumpre os fins que ela se destina.”	“Eu acho que é um desastre.”
O que pensa sobre as formas de tratamento oferecidas aos usuários de drogas?	“Só uma política de saúde nunca vai ser suficiente se ela não tiver atrelada também a uma política social [...] que permita que a condição de vida geral da pessoa melhore”	“Cara, o que eu diria é que tudo depende do desejo do sujeito.”
Atuações marcantes	Atuação na cracolândia e realização de pesquisa no	Ação pela liberação da Marcha da Maconha em São

⁵² Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/processos/downloadPeca.asp?id=15370660456&ext=.pdf>

	local; habeas corpus para o cultivo medicinal de cannabis	Paulo; atuação na cracolândia; inspeção que levou ao fechamento de uma CT marcada por violação de Direitos Humanos
--	---	--

Fonte: Elaboração própria

Importante ressaltar que ambas as entrevistas foram realizadas em momento anterior à decisão tomada pelo STF no julgamento do RE 635.659. Além disso, os dois atuaram na cracolândia e com diversas ações relativas a usuários de drogas, tendo concepções “progressistas” sobre o tema. Vale ressaltar que tinham algumas preocupações em relação ao julgamento do Supremo, mas isso será abordado na próxima seção.

No que se refere ao julgamento do referido RE, será feito agora um breve resumo da votação e dos principais pontos definidos pela jurisprudência. Isso para elucidar, de antemão, as posições tomadas pelos ministros e as consequências práticas do resultado do julgamento, de modo que nas próximas seções possam ser dedicados os esforços para a compreensão de outros aspectos.

O Recurso Extraordinário foi interposto com base no art. 102 da CF, tendo como objeto o Acórdão do Colégio Recursal do Juizado Especial Criminal da comarca de Diadema/SP, que foi desprovido de recurso, mantendo-se a decisão de primeiro grau que afastou a tese de inconstitucionalidade do art.28 da Lei n. 13.343/ 2006. Foi reconhecida, pelo Supremo, a repercussão geral da questão nele posta, o Plenário afirmou que deveria ser julgada a validade constitucional, ou não, do postulado pelo art.28 que define para “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”, a sujeição às seguintes penas: “I- advertência sobre os efeitos das drogas; II- prestação de serviços à comunidade; III- medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

O recorrente – um Defensor Público de São Paulo – afirmou que a criminalização da posse de drogas para consumo pessoal estaria em desacordo com o inc. X do art. 5º da CF, o qual prevê que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Assim, afirmou que o dispositivo constitucional apontado protege as escolhas dos indivíduos no espaço privado, quando não se adotem condutas ofensivas para terceiros. Decorreria disso que determinado fato apenas poderia ser, legitimamente, definido como crime se dele

sobrevivesse lesões a terceiros, fato que não se consumaria em caso de droga para uso pessoal.

No dia 20/08/2015, o Relator Gilmar Mendes, proferiu seu voto dando provimento ao recurso extraordinário para: a) declarar a inconstitucionalidade, sem redução de texto, do art. 28 da Lei n. 11.343/2006, dele afastando qualquer efeito de natureza penal, permanecendo a aplicabilidade das medidas civis e administrativas nele previstas; b) conferir interpretação conforme à Constituição aos §§ 1º e 2º do art. 48 da Lei n. 11.343/2006, no sentido de que, tratando-se da conduta prevista no art. 28, o autor do fato será apenas notificado para comparecer em juízo; c) conferir interpretação conforme ao caput do art. 50 da Lei n. 11.343/2006, no sentido de que, na prisão em flagrante por tráfico, o preso deve ser imediatamente apresentado ao juiz; d) absolver o acusado, por atipicidade da conduta; e) determinar providências ao Conselho Nacional de Justiça.

Em 10.9.2015, Edson Fachin proferiu voto pelo parcial provimento do recurso extraordinário para: a) declarar a inconstitucionalidade do art. 28 da Lei n. 11.343/2006, sem redução de texto, específica para a situação como se deu no caso concreto (uso de maconha); b) manter, nos termos da legislação, a proibição do uso e do porte para consumo pessoal de todas as demais drogas ilícitas; c) manter a tipificação criminal da produção e comercialização da maconha e, ao mesmo tempo, declarar a inconstitucionalidade progressiva dessa tipificação, até que sobrevenha a devida regulamentação legislativa; d) declarar como atribuição legislativa o estabelecimento de quantidades mínimas para diferenciar o usuário do traficante e determinar aos órgãos do Executivo que exerçam suas competências e emitam, até que sobrevenha legislação, no prazo de noventa dias, provisórios parâmetros diferenciadores e indicativos para serem considerados pelo juiz no caso concreto; e) absolver o acusado por atipicidade de conduta; f) a criação de observatório judicial sobre drogas neste Supremo Tribunal, na forma de comissão temporária.

Em sequência, Luís Roberto Barroso votou pelo provimento do RE, sugerindo a seguinte tese:

É inconstitucional a tipificação das condutas previstas no artigo 28 da Lei no 11.343/2006, que criminalizam o porte de drogas para consumo pessoal. Para os fins da Lei nº 11.343/2006, será presumido usuário o indivíduo que estiver em posse de até 25 gramas de maconha ou de seis plantas fêmeas. O juiz poderá considerar, à luz do caso concreto, (i) a atipicidade de condutas que envolvam quantidades mais elevadas, pela destinação a uso próprio, e (ii) a caracterização das condutas previstas no art. 33 (tráfico) da mesma Lei mesmo na posse de quantidades menores de 25 gramas, estabelecendo-se nesta hipótese um ônus argumentativo mais pesado para a acusação e órgãos julgadores(voto, 10/09/2015)

O Ministro Teori Zavascki pediu vista, vindo a falecer sem proferir seu voto. Sendo seu substituto, Alexandre de Moraes devolveu a vista em 23/11/2018. No dia 02/08/2023 Moraes proferiu seu voto, dando provimento ao RE e apresentando a seguinte tese:

1. **Não tipifica o crime previsto no artigo 28 da Lei nº 11.343/2006**, a conduta de adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, a substância entorpecente ‘maconha’, mesmo sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar;
2. Nos termos do § 2º do artigo 28 da Lei nº 11.343/2006, **será presumido usuário aquele que adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, uma faixa fixada entre 25,0 a 60 gramas de maconha ou seis plantas fêmeas**, dependendo da escolha mais próxima do tratamento atual dados aos homens brancos, maiores de 30 anos e com nível superior⁵³;
3. **A presunção do item anterior é relativa**, não estando a autoridade policial e seus agentes impedidos de realizar a prisão em flagrante por tráfico de drogas mesmo quando a quantidade de maconha for inferior à fixada, desde que, de maneira fundamentada comprovem a presença de outros critérios caracterizadores do tráfico de entorpecentes;
4. **Nas hipóteses de prisão em flagrante por quantidades inferiores a fixada no item 2, para afastar sua presunção relativa, na audiência de custódia, a autoridade judicial, de maneira fundamentada, deverá justificar a conversão da prisão em flagrante em prisão preventiva e a manutenção da persecução penal, apontando, obrigatoriamente, outros critérios caracterizadores do tráfico de entorpecentes**, tais como a forma de acondicionado, a diversidade de entorpecentes, a apreensões de outros instrumentos como balança, cadernos de anotação, celulares com contatos de compra e venda (entrega ‘delivery’); locais e circunstâncias de apreensão, entre outras características que possam auxiliar na tipificação do tráfico;
5. **Nas hipóteses de prisão em flagrante por quantidades superiores a faixa de 25,0 a 60 gramas de maconha ou seis plantas fêmeas**, dependendo da escolha mais próxima do tratamento atual dados aos homens brancos, maiores de 30 anos e com nível superior, **na audiência de custódia, a autoridade judicial deverá permitir ao suspeito a comprovação de tratar-se de usuário** (voto, 02/08/2023, grifos meus)

Após o voto de Alexandre de Moraes, o Relator Gilmar Mendes, reajustou seu voto para restringir a declaração de inconstitucionalidade a apreensões relativas à maconha e para incorporar os parâmetros objetivos sugeridos por Moraes, sem prejuízo da relativização dessa presunção por decisão do Delegado de Polícia, fundada em elementos objetivos que sinalizem a prática de tráfico.

Em 24/08/2023 Cristiano Zanin votou pelo não provimento ao RE, reconhecendo a constitucionalidade do art.28. Mas, propôs parâmetro adicional para a diferenciação de usuários e traficantes acompanhando Luís Roberto Barroso: 25g de maconha ou seis plantas fêmeas. Nesse mesmo dia, Rosa Weber adiantou o pronunciamento de seu voto dando provimento ao RE e acompanhando na íntegra o voto [reajustado] de Gilmar Mendes. Na ocasião, Barroso também reajustou seu voto para seguir os parâmetros propostos por Moraes.

⁵³ Essa medida foi proposta a partir da análise de dados de um estudo jurimétrico encomendado pelo Ministro. Essa questão será melhor apresentada e discutida na subseção a seguir.

No dia 06/03/2024, André Mendonça votou em sentido de negar provimento ao recurso extraordinário. Declarou a constitucionalidade do referido artigo e propôs que se estabelecesse o prazo de 18 meses para que o Congresso Nacional estabelecesse critérios objetivos para a diferenciação de porte de drogas para uso pessoal e a conduta de tráfico. Em seguida, Nunes Marques também votou pelo não provimento do recurso, encaminhando seu voto “no mesmo sentido do ministro Cristiano Zanin” (voto, 06/03/2024), ou seja, fixando o quantitativo em 25g.

Já em 20/06/2024, Dias Toffoli votou, também, pelo não provimento do recurso. Propôs a seguinte tese, além de reconhecer a constitucionalidade do art.28:

b) reconhecer que a aplicação das medidas previstas nos incisos I a III desse dispositivo não acarreta efeitos penais;

c) **fazer apelo aos Poderes Legislativo e Executivo para que, no prazo de 18 meses, conforme previsto no art. 28 da Lei nº 11.343/06, formulem e efetivem uma política pública de drogas** interinstitucional, multidisciplinar e baseada em evidências científicas, a qual deverá compreender, obrigatoriamente, a regulamentação das medidas previstas nos incisos I a III do art. 28, **a fixação de critérios objetivos de diferenciação entre usuário e traficante de drogas e a formulação de programas voltados ao tratamento e à atenção integral aos usuários ou dependentes;**

d) **determinar que a política pública referida no item c envolva todos os órgãos federais com atuação nas áreas de saúde** (Ministério da Saúde e ANVISA), de educação (Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação), **de trabalho e emprego** (Ministério do Trabalho e Emprego e Conselho Nacional do Trabalho), de **segurança pública** (Ministério da Justiça e Segurança Pública e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos), **entre outros** cuja temática necessariamente deva permear a política nacional de drogas como condição para sua efetividade e eficácia, com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde no debate multidisciplinar sobre política pública de drogas;

e) **fazer apelo aos Poderes Legislativo e Executivo para que**, com o fito de viabilizar a política pública referida nos itens anteriores, **garantam dotações orçamentárias suficientes e a respectiva liberação de valores para o cumprimento das medidas previstas no art. 28** e das demais iniciativas voltadas à implementação da política descriminalizante mediante os devidos ajustes financeiros e orçamentários, **inclusive com o descontingenciamento imediato e permanente do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD);**

f) **propor que o Poder Executivo inicie campanha permanente de esclarecimento público sobre os malefícios do uso de drogas, tal como foi realizada a bem-sucedida campanha antitabagismo.** (voto, grifos meus)

Posteriormente, Toffoli fez um esclarecimento quanto a seu voto, afirmando considerar que nenhum usuário de drogas deve ser criminalizado, mas que essa era a pretensão da Lei. Compreende, pois, que a legislação já havia descriminalizado o uso e que o estabelecimento de critérios objetivos para a tipificação das condutas deveria ficar a cargo dos demais Poderes.

No dia 25/06/2024, o Ministro Luiz Fux votou no sentido de negar provimento ao RE. Explicitou que compete à Anvisa a definição da lista de substâncias submetidas ao controle especial, e que o legislador já havia despenalizado a conduta. Assim, não acompanhou as teses propostas, afirmando que o Poder Judiciário “não detém capacidade institucional para fixar o parâmetro objetivo”, cabendo ao Poder Legislativo promover a delimitação. Em sequência, a Ministra Cármen Lúcia proferiu o último voto, dando provimento parcial do RE, propondo que:

b) até que sobrevenha legislação ou regulamentação dos órgãos competentes especificando as quantidades mínimas distintivas de usuário e traficante, nos termos do § 2º do art. 28 da Lei nº 11.343/2006, o juiz presumirá usuário aquele que adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, quantidade entre 25,0 a 60 gramas de maconha ou seis plantas fêmeas, dependendo da escolha mais próxima do tratamento atual dada aos homens brancos, maiores de 30 anos e com nível superior, podendo essa presunção relativa ser afastada, mesmo quando a quantidade de maconha for inferior àquela fixada, quando comprovado não se cuidar de posse para uso por outros elementos objetivamente caracterizadores de tráfico de entorpecentes (voto, 25/06/2024)

Em síntese, votaram favoravelmente pela inconstitucionalidade do art.28 – portanto pela descriminalização da conduta, os Ministros: Gilmar Mendes, Edson Fachin, Luís Roberto Barroso, Alexandre de Moraes, Rosa Weber e Cármen Lúcia. Já em oposição, os Ministros: Cristiano Zanin, André Mendonça, Luiz Fux, Nunes Marques e Dias Toffoli. As posições dos Ministros estão transcritas, sinteticamente, no quadro a seguir:

Tabela 9: Resumo dos votos dos Ministros do STF no julgamento do RE 635.659

Ministro (a)	Voto sobre a Constitucionalidade do Art. 28 da Lei de Drogas	Sugeriu Critérios para Diferenciar Uso e Tráfico?	Critérios Sugeridos
Gilmar Mendes	Considera inconstitucional	Não	-
Edson Fachin	Considera inconstitucional	Não (ficaria a cargo de outros Poderes)	-
Luís Roberto Barroso	Considera inconstitucional	Sim	25g de maconha ou seis plantas fêmeas
Alexandre de Moraes	Considera inconstitucional	Sim	De 25 a 60g de maconha ou seis plantas fêmeas
Cristiano Zanin	Considera constitucional	Sim	25g de maconha ou seis plantas fêmeas
Rosa Weber	Considera inconstitucional	Sim	De 25 a 60g de maconha ou seis plantas fêmeas

André Mendonça	Considera constitucional	Não (ficaria a cargo de outros Poderes)	-
Nunes Marques	Considera constitucional	Sim	25g de maconha
Dias Toffoli	Considera constitucional	Não (ficaria a cargo de outros Poderes)	-
Luiz Fux	Considera constitucional	Não (ficaria a cargo de outros Poderes)	-
Cármem Lúcia	Considera inconstitucional	Sim	De 25 a 60g de maconha ou seis plantas fêmeas

Fonte: Elaboração própria

Feita essa breve exposição de como votou cada Ministro, importa, agora, explicitar a tese de repercussão geral fixada. Portanto, a partir da formação de maioria no Plenário, definiu-se que:

1. Não comete infração penal quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, a substância cannabis sativa, sem prejuízo do reconhecimento da ilicitude extrapenal da conduta, com apreensão da droga e aplicação de sanções de advertência sobre os efeitos dela (art. 28, I) e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (art. 28, III);
2. As sanções estabelecidas nos incisos I e III do art. 28 da Lei 11.343/2006 serão aplicadas pelo juiz em procedimento de natureza não penal, sem nenhuma repercussão criminal para a conduta;
3. Em se tratando da posse de cannabis para consumo pessoal, a autoridade policial apreenderá a substância e notificará o autor do fato para comparecer em Juízo, na forma do regulamento a ser aprovado pelo CNJ. Até que o CNJ delibere a respeito, a competência para julgar as condutas do art. 28 da Lei 11.343/2006 será dos Juizados Especiais Criminais, segundo a sistemática atual, vedada a atribuição de quaisquer efeitos penais para a sentença;
4. Nos termos do §2º do artigo 28 da Lei 11.343/2006, será presumido usuário quem, para consumo próprio, adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo até 40 gramas de cannabis

sativa ou seis plantas-fêmeas, até que o Congresso Nacional venha a legislar a respeito;

5. A presunção do item anterior é relativa, não estando a autoridade policial e seus agentes impedidos de realizar a prisão em flagrante por tráfico de drogas, mesmo para quantidades inferiores ao limite acima estabelecido, quando presentes elementos que indiquem intuito de mercancia, como a forma de acondicionamento da droga, as circunstâncias da apreensão, a variedade de substâncias apreendidas, a apreensão simultânea de instrumentos como balança, registros de operações comerciais e aparelho celular contendo contatos de usuários ou traficantes;
6. Nesses casos, caberá ao delegado de polícia consignar, no auto de prisão em flagrante, justificativa minudente para afastamento da presunção do porte para uso pessoal, sendo vedada a alusão a critérios subjetivos arbitrários;
7. Na hipótese de prisão por quantidades inferiores à fixada no item 4, deverá o juiz, na audiência de custódia, avaliar as razões invocadas para o afastamento da presunção de porte para uso próprio;
8. A apreensão de quantidades superiores aos limites ora fixados não impede o juiz de concluir que a conduta é atípica, apontando nos autos prova suficiente da condição de usuário.

Além disso, foi feito um apelo aos Poderes para que avancem no tema, estabelecendo políticas que não enfoquem na estigmatização, mas no engajamento dos usuários em “processo de autocuidado contínuo”; e na agenda de prevenção educativa, implementando programas de dissuasão ao consumo de drogas; na criação de órgãos técnicos na estrutura do Executivo, compostos por especialistas em saúde pública, com atribuição de aplicar aos usuários as medidas previstas em lei. Também definiram que a União deverá liberar o saldo acumulado no Fundo Nacional Antidrogas, e deixar de contingenciar os futuros aportes no fundo, devendo os recursos serem utilizados em “programas de esclarecimento sobre os malefícios das drogas”.

O Supremo Tribunal Federal pode ser considerado como a elite do campo jurídico, ou seja, são os agentes mais dominantes dentro desse campo em/de disputas (Bourdieu, 2021; Harvey *et al*, 2020). As disputas em questão dizem respeito à transformação das regras do

campo. O embate entre os agentes visa definir quais serão as regras desse jogo, informando diretamente à “estratégia histórica”, ao passo que estão sendo informados por ela. Nesse sentido, o acúmulo histórico sobre essa questão é que orientará a tomada de posição dos agentes pela definição e estruturação do próprio “destino” do campo. Além disso, é necessário ponderar que as mudanças no campo apenas podem ser levadas a cabo em consonância com outras transformações sociais gerais, dependendo de sua absorção pela cognitividade dos agentes que operaram essas regras e agem dentro do campo, movidos, também, por ideologias e visões de mundo (Garland, 2008).

O que se coloca em questão, pois, são as disputas dos Ministros pelas configurações do campo, sendo informados pelas configurações e mudanças do próprio campo e de campos correlatos. Os embates, pois, se dão pela própria concepção das “regras do jogo”, mas, diferente do observado na Seção 4, aqui, os agentes detêm real poder de inferência sobre a configuração do campo.

A título de elucidação metodológica: sempre que referenciada a fala de algum ministro, esta foi extraída do acórdão referente ao julgamento do RE 635.659. A fim de evitar a repetição da citação do documento, será referenciado somente o nome do Ministro, a data em que a fala foi proferida, e em qual momento ela foi realizada – durante o voto, no aditamento ao voto, em discussão ou observação⁵⁴. Então, por exemplo: “portanto, ao contrário do que muitos creem, a criminalização não protege, mas antes compromete a saúde pública” (Luís Roberto Barroso, adiantamento ao voto, 06/03/2024); “Em adição, está longe de ser tranquilo o argumento no sentido de que uso de drogas não prejudica ninguém além do próprio usuário” (Nunes Marques, voto, 06/03/2024).

Feitos os apontamentos iniciais, a próxima subseção se dedica a expor e analisar os votos dos Ministros que deram provimento ao RE. E, além disso, apresentar e debater alguns pontos e transformações da sociedade brasileira e do contexto internacional que parecem ter permitido, e culminado na, possibilidade de tomada de decisão do STF quanto à essa matéria.

⁵⁴ Essas são divisões feitas no próprio documento em relação aos momentos da votação.

6.1 “Esse filme nós já vimos, e sabemos quem morre no final”: votos de provimento ao Recurso Extraordinário e o contexto de possibilidade brasileiro

A presente subseção tem como objetivo analisar e discutir os principais pontos presentes nos votos dos ministros que deram provimento ao RE, expondo, também, os elementos de transformação social que corroboram para tal decisão. Os discursos dos ministros contrários à descriminalização, que negaram provimento ao recurso, serão explorados na próxima subseção. Destarte, interessa, nesse primeiro momento, debruçar sobre os dois principais pontos que balizaram a discussão: a inconstitucionalidade da criminalização e a falta de critérios objetivos para a presunção da conduta de uso e suas consequências.

No dia 26 de junho de 2024 o Supremo Tribunal Federal, em decisão histórica, descriminalizou a conduta do consumo pessoal de maconha no Brasil. Tratou-se do julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, em que se reconheceu repercussão geral do tema. O RE foi interposto por um Defensor Público de São Paulo contra acórdão do Colégio Recursal do juizado Especial Cível da Comarca de Diadema/Sp, alegando a inconstitucionalidade do art.28 da Lei 11.343/06, que definia como crime a conduta de quem:

adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar, com as seguintes penas: I- advertência sobre os efeitos das drogas; II- prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo

No caso concreto julgado, Francisco Benedito de Souza foi denunciado pela prática do ilícito tipificado no supracitado artigo porque, no dia 21 de julho de 2009, agentes penitenciários encontraram em sua cela um pacote contendo 3 gramas de maconha para consumo pessoal. A ação foi julgada procedente e Francisco condenado a 2 meses de prestação de serviços, decisão que foi mantida pelo Colégio Recursal. O Defensor, recorrente, afirmou que a criminalização do consumo de drogas violaria o art. 5º, X, da Constituição que prevê que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. Dessa forma, sustentou que esse dispositivo protege as escolhas individuais, desde que não sejam ofensivas a terceiros. Além disso, aduziu que o porte de drogas para uso pessoal não afronta a saúde pública, mas tão somente a saúde pessoal do usuário.

Nesse sentido, o julgamento do STF tem como plano de fundo o debate relativo à constitucionalidade do art. 28 da Lei de Drogas, que apesar de ter abolido a pena de prisão para o usuário, manteve a conduta como crime, de modo que afetaria os antecedentes

criminais do indivíduo sentenciado tendo implicações para os casos de reincidência; somando-se a isso, ainda, a falta de critérios objetivos para a distinção de usuários e comerciantes de substâncias, o que acarretaria em maior discricionariedade dos policiais, Ministério Público e Justiça, resultando no enquadramento de indivíduos negros, pobres e de baixa escolaridade como traficantes nas mesmas circunstâncias de apreensão que categoriza brancos, de classe média e “alta” e com maior escolaridade como usuários.

Para uma boa compreensão das discussões, creio ser necessário dividir o julgamento em dois momentos: o “início”, ocorrido em 2015, ano em que votou no sentido de dar provimento ao recurso o Ministro Gilmar Mendes, e dar parcial provimento ao recurso os ministros Edson Fachin e Luís Roberto Barroso. O julgamento foi interrompido pelo pedido de vista do ministro Teori Zavascki, que faleceu em 2017 sem pronunciar seu voto. O sucessor de Zavascki, Alexandre de Moraes inaugurou, em 2023, o segundo momento, que chamarei de “retomada”, votando também no sentido de dar provimento ao RE. Essa divisão é fundamental porque no intervalo temporal entre os dois momentos foi presenciada, no Brasil, uma série de transformações sociais. Mas isso será debatido mais adiante.

O dispositivo em debate, art. 28 da LD, já havia sido levado a julgamento pelo STF. Em 2007, apenas um ano após a promulgação da Lei, foi interposto o RE 430.105, de relatoria do Ministro Sepúlveda Pertence, relativa à eventual extinção da punibilidade do fato, visto não constar pena privativa de liberdade entre as sanções previstas para as condutas referidas pelo dispositivo. Na ocasião, a Corte considerou que a supressão da pena privativa de liberdade para condutas relacionadas à posse de drogas para uso pessoal não desfiguraria natureza penal das condutas ali tipificadas.

No caso em tela, o RE 635.659, o art. 28 é impugnado sob o enfoque de sua incompatibilidade com as garantias constitucionais da intimidade e da vida privada. A esse respeito, todos os votos dos ministros que deram provimento ao recurso confluem, em que pese algumas ressalvas, no mesmo sentido. O que é, de certa forma, um fato óbvio, visto que o entendimento pela descriminalização perpassa a inconstitucionalidade da criminalização. Nesse sentido, os principais fundamentos jurídicos acionados foram o direito à intimidade, à vida privada e autodeterminação dos indivíduos, bem como o princípio da proporcionalidade.

Os indivíduos possuem o direito, resguardado pela Constituição, à liberdade decisória relativa a condutas que digam respeito tão somente a si próprio. Em sentido amplo, isso se refere às mais diversas facetas da vida cotidiana, como opção religiosa, de carreira, vestimenta, etc. Diz respeito, portanto, às opções individuais que inferem na autorrealização dos indivíduos, mas abarca, também, o direito à autolesão e autoexposição a riscos. Assim, a

criminalização do porte de drogas para consumo pessoal implicaria uma restrição à esses direitos constitucionais:

Nossa Constituição consagra a dignidade da pessoa humana e o direito à privacidade, à intimidade, à honra e à imagem. Deles pode-se extrair o direito ao livre desenvolvimento da personalidade e à autodeterminação.

A proteção do indivíduo contra interferências que se estimem indevidas por parte do Estado pode ser atalhada, dessa forma, com a invocação do princípio da liberdade geral, que não tolera restrições à autonomia da vontade que não sejam necessárias para alguma finalidade de raiz constitucional, e mesmo pelo apelo ao princípio da proteção da dignidade da pessoa humana, que pressupõe o reconhecimento de uma margem de autonomia do indivíduo, tão larga quanto possível, no quadro dos diversos valores constitucionais.

É sabido que as drogas causam prejuízos físicos e sociais ao seu consumidor. Ainda assim, dar tratamento criminal ao uso de drogas é medida que ofende, de forma desproporcional, o direito à vida privada e à autodeterminação. (Gilmar mendes, voto original [superado pelo reajuste realizado em 2023], 20/08/2015, grifos meus)

Destarte, o porte de drogas para consumo pessoal era considerado um crime de perigo abstrato, sob “perigo à saúde pública”, tendo como premissa que a circulação de substâncias proscritas, por sua natureza “nociva”, representariam perigo iminente a esse bem jurídico tutelado. A avaliação da constitucionalidade da criminalização, assim, perpassou a análise da ofensividade a esse bem jurídico e ao princípio da proporcionalidade:

Portanto, parâmetro confiável para avaliar a constitucionalidade da incriminação da posse de drogas para uso próprio é a análise de eventual ofensividade do bem jurídico protegido. É preciso, pois, previamente ao exame do pedido veiculado neste recurso extraordinário, identificar se a ofensividade tem, de fato, matriz constitucional. (Edson Fachin, voto, 10/09/2015)

Nessa esteira, foi considerado pelos ministros que votaram pelo provimento do recurso que a criminalização seria desproporcional e inadequada, pois não garantiria a defesa do bem jurídico tutelado, a saúde pública, ao passo que traria consequências legais ao usuário:

É certo que, em tese, a droga possuída pelo agente pode ser extraviada ou subtraída por terceiros e, então, atingir a saúde de outrem. Trata-se, entretanto, de risco que pode ser suficientemente coibido pela caracterização da conduta de posse de drogas para consumo próprio como ilícito civil ou administrativo.

A criminalização da posse de drogas – e atenho-me ao que é posto para exame neste caso, a dizer, a maconha - para consumo próprio, com as consequências para a saúde do usuário que daí advém, contraria os princípios da proporcionalidade, da necessidade e da intervenção mínima, mostrando-se desarmônica com a Constituição da República. (Cármem Lúcia, voto, 25/06/2024, grifos meus)

Como debatido ao longo da seção 2.2, a LD objetivou oferecer mecanismos de arrefecimento aos usuários de drogas, abolindo a pena de privação de liberdade e multa, inserindo-os na esfera da saúde. Entretanto, foi também consenso entre os ministros que deram provimento ao recurso que a Lei, ao criminalizar o uso tendo como consequências o afetamento dos antecedentes criminais, sanções e penas – mesmo que não privativas de liberdade –, afastaria os indivíduos do sistema de saúde, falhando, assim, em seu propósito:

Consoante destacado pelo Relator em seu voto, o mero fato de a Lei de Drogas tipificar o porte de drogas para consumo pessoal **potencializa o estigma que recai sobre o usuário** e acaba por aniquilar os efeitos pretendidos pela própria lei no atendimento, tratamento e reinserção social e econômica dos usuários e dependentes de drogas (Rosa Weber, voto, 24/08/2023, grifos da autora)

Mesmo tendo falhado no cumprimento de um de seus principais objetivos, a LD representaria um avanço legislativo na questão de drogas ao não punir mais o “usuário” com pena de prisão, como ocorria na legislação anterior, a Lei 6.368/76. Ou seja, despenalizou a conduta pessoal de consumo de drogas. Entretanto, segundo o Defensor entrevistado, a prática de prisão de usuários de drogas já havia sido reduzida desde 1995, com a Lei dos Juizados Especiais:

Essa lei, a Lei 9.099 de 1995, é a lei que, na prática do sistema de justiça, aboliu o grosso das penas de prisão definidas para o então artigo 16 da Lei 6.368. Ou seja, no grosso das práticas do sistema de justiça, o porte de drogas para consumo pessoal era tratado na Lei nº 9.099, porque lá previa dois institutos, que é a transação penal e a suspensão condicional do processo, que sendo o réu primário e o crime de porte de drogas para consumo pessoal se encaixava nesse contexto de uma pena de até dois anos. É a partir da lei 9.099 que se abole, no grosso das práticas do sistema de justiça, a pena de prisão para o usuário. “Ah, mas foi a lei de 2006 que aboliu a prisão para o usuário”. É verdade, do ponto de vista formal. Mas quando a lei de 2006 veio e aboliu a pena de prisão para o usuário, na prática, a prisão para o usuário já era algo muito, muito pequeno. (Defensor Público de São Paulo)

Pode-se afirmar, nesse sentido, que a Lei de drogas visava acompanhar esse movimento, abrandando o tratamento criminal imputado aos usuários. Ao mesmo tempo, como é sabido, a Lei aumentou a pena para os comerciantes de substâncias ilícitas, sendo que o tráfico de drogas foi equiparado aos crimes hediondos, como terrorismo. Entretanto, a LD não estabeleceu critérios objetivos para a distinção de usuários e traficantes, como se observa na redação art.28:

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, **às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.** (grifo meu)

Voltemos, antes de mais nada, a um ponto importante relativo às políticas proibicionistas de drogas: a perseguição a certas substâncias é intrinsecamente atrelada à perseguição de certos grupos étnicos, de modo que foi usada como prerrogativa na criminalização de populações pobres e racializadas (Escohotado, 1998). Isso significa dizer que os “males” atribuídos a essas substâncias eram essencialmente amalgamados a preconceitos com determinados grupos que as consumiam. O Brasil, país pioneiro nas discussões acerca da proibição da maconha, criou discursos, práticas e racionalidades que visavam perseguir e proibir a erva como forma de lidar com a questão do negro no país após a abolição da escravidão (Carlini, 2006; Prado, 2023). Em outras palavras, a criminalização dessa planta foi fundamentalmente orientada por elementos racistas, usando a perseguição da substância como prerrogativa à perseguição e criminalização da população negra, pobre e periférica.

Como apresenta Garland (2008), novas respostas dadas ao crime tem como plano de fundo novos parâmetros de mentalidades, interesses e sensibilidades que alteram o modo como o problema subjacente é pensado. As tendências e mudanças sociais, contudo, devem ser traduzidas na linguagem dos costumes do campo, antes de serem capazes de exercer efeito sobre ele. As estruturas, de sobremaneira as mudanças estruturais, prossegue, são propriedades emergentes, que resultariam das ações recorrentes e reiteradas dos atores que ocupam o espaço social em questão. Assim, a consciência desses atores, ou seja, as categorias e estilos de raciocínio com os quais eles pensam, e os valores e sensibilidades que guiam suas escolhas, são elementos chaves na produção da mudança e na reprodução da rotina. O autor destaca que os atores e agências que ocupam o campo da justiça criminal – com seu treinamento, ideologia, interesses e experiências particulares – são sujeitos humanos pelos quais e em nome dos quais os processos históricos são levados a termo. Portanto, o entendimento destes sobre sua própria prática e sobre o sistema em que trabalham se apresenta como crucial na formação da operação das instituições e dos mecanismos sociais nos quais se inserem.

No caso concreto, a LD, não estipulando fatores objetivos para a diferenciação entre usuários e traficantes, possibilitou a ação discricionária do sistema de justiça e controle do crime. De fato, a mudança nas “regras do jogo” levou ao tratamento diferencial entre os tipos de sujeito que visa tutelar – usuário e traficante –, mas deixou em aberto a forma de caracterização desses sujeitos, o que ficou a cargo dos atores envolvidos nessa regulação, agentes humanos, carregados de ideologias, estilos de pensamento e preconceitos.

Como demonstra Campos (2015), a partir da promulgação da lei houve um aumento das prisões por tráfico em detrimento da incriminação por uso de drogas. Ao final de 2009, 87,5% do total de pessoas incriminadas por delitos previstos na LD foram enquadradas como traficantes – artigo 33 –, enquanto apenas 12,5% foram incriminados como usuários de drogas. Corroborando com isso o estudo recente realizado por Sinhoretto, Zilli e Couto (2024), autores apontam que, em São Paulo, 94% das ocorrências de drogas registradas no período foram classificadas como tráfico; enquanto em BH esse percentual foi de 64%.

Isso, contudo, não significa dizer que qualquer pessoa pega com drogas ou processada pelo porte será considerada traficante. Como destaca Jesus (2016), a LD reforçou a seletividade do sistema penal ao inserir como critério de definição do crime a condição social da pessoa acusada. Sinhoretto, Zilli e Couto (2024) apresentam que, em ambas as capitais estudadas, negros possuem três vezes mais chances de serem presos por crimes de drogas do que não negros. Outros fatores como sexo, idade e território também influem no direcionamento e efetivação das ações repressivas, mas a dimensão de cor/raça se mostra mais decisiva, inclusive em relação à variação da tipificação criminal. Nessa esteira, o Levantamento realizado pelo IPEA (2023), demonstra que, das pessoas criminalizadas como traficantes, 68% são negros, 86% homens, 72% jovens com idade até 30 anos, e 67% com baixa escolaridade, não tendo concluído o ciclo básico de educação.

A brecha deixada pela lei na categorização distintiva de usuários e traficantes, levou à configuração de uma “estratégia histórica”, pelo acúmulo de condenações, que incrimina indivíduos com certos marcadores sociais. Essa questão não passou despercebida pelos Ministros, que a trouxeram à tona desde o momento inicial do julgamento:

A segunda questão – e a mais importante – é definir um critério objetivo para auxiliar os policiais e todos os integrantes do sistema de justiça (juizes, promotores etc.) a diferenciar o usuário do traficante. Isso porque o tráfico de drogas é crime, sancionado com pena de prisão. Se não definirmos uma quantidade de maconha que deve, em regra, ser considerada como de uso pessoal, essa definição continuará nas mãos da autoridade policial em cada caso. E esse filme nós já assistimos e sabemos quem morre no final: o homem negro e pobre que porta 10 gramas de maconha vai ser considerado traficante e enviado para a prisão. Já o homem branco, de bairro nobre, com 100 gramas da droga será considerado usuário e liberado. Desse modo, o que está em jogo aqui é evitar a aplicação desigual da lei em razão da cor e das condições sociais e econômicas do usuário. E isso é tarefa do Poder Judiciário. (Luís Roberto Barroso, voto, 10/09/2015, grifos meus)

Uma informação importante deve ser extraída dos trechos acima citados. Note-se que as falas dos Ministros enfocam a ação policial: “a diferença entre um e outro enquadramento é decisiva para a pessoa abordada”; “essa definição continuará nas mãos da autoridade

policial”. Isso porque a palavra dos policiais, os autos da prisão em flagrante, é que serão absorvidos como verdade pelos operadores jurídicos, definindo determinada conduta como crime. Fator esse apresentado pelo Defensor entrevistado, que não via na decisão do STF uma verdadeira possibilidade de mudança:

As pessoas acham que essa decisão do STF vai mudar tudo da política de drogas, e não vai. E não vai por quê? Porque essa questão do policial decidir não é o que vai ser decidido nessa discussão, se é crime ou não é crime no STF, o artigo 28. Por quê? **Porque o problema não é a política de drogas nesse aspecto. O problema é a estrutura do sistema penal brasileiro. O sistema penal brasileiro está fundado na prisão em flagrante. E a principal prova para a condenação da massa dos pobres e dos pretos do dia a dia do sistema penal é a palavra do policial. Não tem nada a ver com droga.** A palavra do policial é um problema não só no tráfico, no porte para consumo, é um problema no furto [...] É raro você ver um processo em que a polícia investigou o crime, você foi lá, noticiou a polícia que aconteceu um crime, a polícia investiga, tem provas de que aconteceu um crime e tem prova de que quem praticou o crime é o fulano. (Defensor Público de São Paulo, grifos meus)

Mesmo que a polícia seja apontada como central no processo de tipificação da conduta, os Ministros ressaltam que a prática é referendada por todo o sistema de justiça:

Faço questão de ressaltar: quando se diz que essa mudança na aplicação da lei, que piorou a situação do que antes era considerado usuário, só se deve à atuação policial, não é verdade. A interpretação que a polícia teve foi referendada pelo Ministério Público, que continuou denunciando, e pelo Poder Judiciário. Todo o sistema de persecução penal, polícia e a justiça criminal, acabou dando uma interpretação mais dura à lei. Antes, prendia-se em flagrante o usuário. Ele tinha uma sanção privativa de liberdade que permitia a substituição por penas alternativas. A partir da nova lei, com a mesma quantidade, esse, anteriormente classificado como usuário inúmeras vezes, passou a ser classificado como pequeno traficante. Só que, para o pequeno traficante, a pena aumentou e houve um aumento no encarceramento. (Alexandre de Moraes, antecipação ao voto, 02/08/2023)

Como demonstrado por Jesus (2016), a polícia exerce o papel de oferecer o vocabulário para a definição do crime, que vai preencher os “espaços” deixados pela lei. A partir de seu poder discricionário, e embasado em seu saber policial, utilizam expressões, linguagens e categorias que são centrais para a própria definição do crime. Assim, a verdade policial descrita nos autos será o resultado de um processo de seleção daquilo que os policiais que realizaram o flagrante consideraram adequado narrar e tornar oficial. E, como essas narrativas não são objeto de verificação, seguem sem grandes problematizações na justiça criminal. Sendo o relatório final do inquérito policial mera cópia dos autos de prisão em flagrante, a investigação é descartada, “como se a descrição realizada pelos policiais tivesse correspondência com o que aconteceu” (Jesus, 2016, p. 241). Assim, a palavra do policial, que realiza as prisões em flagrante por crime de drogas, será absorvida enquanto verdade

pelos operadores do direito, tendo papel fundamental na decisão do destino da pessoa indiciada.

Possível observar, pois, a tendência enunciada por Zaffaroni (1995). No contexto em que o poder policial é sobreposto às instituições democráticas acaba por resultar em uma espécie de “inversão hierárquica jurídica”, conferindo às forças de segurança uma certa autoridade que ultrapassa a dos juristas e do próprio Judiciário. Como apresenta o Defensor entrevistado, em diálogo com este autor:

O que diz o Raul Zaffaroni? Que, na verdade, essa hierarquia existe, só que ela é o oposto. Quem tá no topo da pirâmide e que manda em tudo é o policial militar. Quem tá lá embaixo, na ralé do sistema de justiça, é o juiz. É o juiz, é a menor autoridade, não a maior autoridade. **Nesse modo de funcionamento da justiça penal no Brasil, é o oposto. Porque é o policial que escolhe quem vai sentar lá na mesa do juiz.** (Defensor Público de São Paulo, grifos meus)

Nessa esteira, mesmo que o legislador, ao promulgar a LD, tenha objetivado “alterar as regras do jogo”, diferenciando o tratamento para os usuários, as estratégias empregadas pelos operadores do campo do controle do crime resultaram numa piora desse tratamento. As mudanças específicas pretendidas no campo, assim, não foram absorvidas pelos agentes, pois ao deixar “espaços” possibilitou que esses fossem preenchidos pelas práticas cotidianas já em voga na atuação desses agentes. Ao invés de refrear as estratégias dos agentes que culminavam na perseguição e criminalização de indivíduos com marcadores sociais de diferença, a legislação os munuiu com novos aparatos que atualizaram tais práticas:

Na aplicação da lei, não houve - digo isso com conhecimento prático de ter atuado e da análise - algo consciente. Não houve uma reunião entre polícia, Ministério Público, Judiciário criminal, para fazer assim, mas a própria cultura de persecução penal acabou transformando a lei, que veio para melhorar a situação do usuário, piorando a situação (Alexandre de Moraes, antecipação ao voto, 02/08/2023)

Moraes destaca que a atuação dos agentes é dada de forma inconsciente, mas essa questão exige uma análise cuidadosa e delicada. Não é possível afirmar que as ações dos agentes sejam tomadas, fatidicamente, de forma inconsciente. Entretanto, isso não significa dizer que essas ações são movidas, em sua totalidade, por cálculos necessariamente conscientes e racionais. Nesse sentido é que a metáfora do jogo de Bourdieu (2004; 2021) deve ser acionada. As ações dos agentes, assim, podem ser descritas em termos de “tudo se passa como se ele tivesse um plano”. Os agentes do campo do controle do crime detêm o “senso do jogo”, são aqueles através dos quais o jogo se realiza, fazem o que deve ser feito, o que o jogo demanda e exige. Isso significa dizer que esses operadores já detinham um *habitus*

(Bourdieu, 2021) consolidado, que orienta, de forma mais ou menos consciente, suas ações e tomadas de decisão.

O que se observa é que o jogo do controle do crime estabelece, premeditadamente, como criminosos, populações específicas. Ora, estabelecendo como critérios de tipificação questões subjetivas, a legislação possibilitou a atualização de um modelo criminalizante secular. Paradoxalmente, é justamente o acúmulo de consequências dessas estratégias que levará à necessidade de reorientação das regras do jogo, que por sua vez acumula críticas que objetivam produzir mudanças nas ações e condutas desses agentes. Mas, essas mudanças, e sua necessidade, apenas poderiam ser levadas a cabo em confluência a outras transformações sociais, alterações em estilos de pensamento e mudanças em campos correlatos que influíram no campo do controle do crime.

O primeiro ponto de mudança foi sentido no plano transnacional. Trata-se da constatação fatídica de que o modelo global proibicionista e repressivo encabeçado pelos EUA e respaldado em diversos países, a “guerra às drogas”, fracassou em seus objetivos:

A segunda observação, que já perpassou os votos anteriores, é a de que a guerra às drogas fracassou, quer dizer, esse movimento que começou na década de 70, com o Presidente Richard Nixon, nos Estados Unidos, que se espalhou pelo mundo e se materializou em três convenções da Organização das Nações Unidas, adotava uma política de dura repressão à produção, distribuição e consumo de drogas.

A verdade, porém, a triste verdade é que, passados quarenta anos, nós convivemos com um consumo crescente, não estamos tratando adequadamente os dependentes e há uma explosão no poder do tráfico. E tudo isso com um custo político, econômico e social altíssimo para todas as sociedades que lidam com o problema dessa forma, inclusive, a brasileira.

Insistir em uma política pública que não funciona, e já experimentada há tantas décadas, é fechar os olhos, a meu ver, com todas as vênias de quem pensa diferentemente, para a realidade. (Luís Roberto Barroso, antecipação ao voto, 10/09/2015, grifos meus)

Os Ministros, ao longo de seus votos e discussões, apresentam e debatem as diversas Convenções, documentos, diretrizes e ordenamentos internacionais que estabeleceram as políticas repressivas e proibicionistas sobre drogas, destacando suas consequências deletérias em diversos cenários, tanto em âmbito internacional como nacional. Desta forma, salienta a tendência de diversos países no sentido de atenuar tais políticas, implementando descriminalização e legalização de substâncias, bem como políticas públicas que enfocam no cuidado e atenção aos usuários. Nesse sentido, lançam mão de uma série de elementos do direito internacional comparado para fundamentar suas argumentações, expondo as alternativas à criminalização e os critérios de distinção para tipificação das condutas adotadas

por variados países. Como se observa na tabela apresentada no voto original de Gilmar Mendes, transposta a seguir, e reproduzida de forma muito semelhante no voto de Alexandre de Moraes:

Tabela 10: Alternativas à criminalização e critérios de distinção adotados internacionalmente

País	Alternativas à criminalização	Crítérios de Distinção
Argentina	Sem medidas administrativas	Interpretação do juiz
Bolívia	Tratamento compulsório	Uso equivalente a 48h de consumo
Chile	Medidas administrativas	Interpretação do juiz
Colômbia	Sem medidas administrativas	20g de maconha, 5g de haxixe, 1g de cocaína
Equador	Sem medidas administrativas	10g de maconha, 2g de pasta base cocaína
Paraguai	Sem medidas administrativas	10g de maconha, 2g de cocaína, heroína e derivados de opiáceos
Peru	Tratamento compulsório	8g de maconha, 5g de pasta de cocaína, 250g de ecstasy
Uruguai	Sem medidas administrativas	40g de maconha por mês
Costa Rica	Sem medidas administrativas	Interpretação do juiz
Honduras	Internação compulsória	Interpretação do juiz
Jamaica	Somente cannabis. Sem medidas administrativas	2 onças (cerca de 57g) de maconha, 2.8g de cocaína, heroína e morfina
México	Sem medidas administrativas	5g de maconha, 2g de ópio, 0.5g de cocaína, 50 mg de heroína, 40 mg de metanfêtamina, 15 mg de LSD, 40 mg de MDMA
Alemanha	A lei permite a não instauração de processo criminal	Entre 6 e 15g de maconha (6g fixados em 14 Estados) 1 a 2g de cocaína e heroína
Bélgica	Apenas cannabis. Sem medidas administrativas	3g de maconha
Espanha	Medidas administrativas	25g de haxixe, 100g de

		maconha, 3g de heroína, 7.5g de cocaína
Holanda	Sem medidas administrativas	5g de maconha, 0.5g de cocaína
Itália	Medidas administrativas	1g de THC, 0.25g de heroína e 0.75g de cocaína
Lituânia	Medidas administrativas	5g de maconha, 0.2g de cocaína e heroína
Luxemburgo	Apenas cannabis. Medidas administrativas	Interpretação do juiz
Portugal	Medidas administrativas	25g de maconha, 1g de ecstasy e 2g de cocaína
Países Baixos	Sem medidas administrativas	5g de maconha e 0.5g de cocaína ou heroína
República Checa	Medidas administrativas	15g de maconha, dependendo da pureza, 1g de cocaína, 4 tabletes de ecstasy

Fonte: Votos de Gilmar Mendes e Alexandre de Moraes no julgamento do RE 635.659

Os Ministros, ainda, ressaltaram, embasando-se em uma série de estudos, que nos países que adotaram medidas de descriminalização não houve aumento significativo do consumo de substâncias e, além disso, foi possibilitada melhor atenção, cuidado e reinserção social dos usuários. Voltando brevemente à questão da definição de critérios objetivos para a tipificação da conduta, o relator Gilmar Mendes não estipulou nenhum critério provisório; o segundo a votar, Edson Fachin, postulou que tal responsabilidade deveria ficar a cargo do poder Legislativo. O primeiro a apresentar um critério objetivo provisório para a tipificação foi Luís Roberto Barroso que, baseado na definição de Portugal, sugeriu o critério de 25g. Contudo, a definição seguida pelos Ministros foi a apresentada por Alexandre de Moraes, que sugeriu que a gramatura adotada provisoriamente para a distinção da tipificação da conduta fosse estipulada entre 25 e 60g ou seis plantas fêmeas, “dependendo da escolha mais próxima do tratamento atual dado aos homens brancos, maiores de 30 anos e com nível superior” (Alexandre de Moraes, voto, 02/08/2023). Por fim, foi adotado o critério de presunção de uso pessoal em 40g de maconha ou seis plantas fêmeas.

A definição de tais critérios por Moraes foi baseada na realidade brasileira. O Ministro apresenta, logo no início de seu voto, que após analisar os votos de Gilmar Mendes, Edson Fachin e Luís Roberto Barroso, pouco poderia acrescentar em termos de

fundamentação jurídica, discussão principiológica e diferença entre os vários posicionamentos. Decidiu, pois, contribuir aproveitando suas experiências adquiridas como Promotor de Justiça e Secretário de Justiça e Defesa da Cidadania do Estado de São Paulo, assim como Secretário de Segurança Pública de São Paulo e Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública. Assim, em 2017, ano em que tomou posse no STF, procurou pelo Diretor Presidente da Associação brasileira de Jurimetria e propôs, com o auxílio do banco de dados da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo, a possibilidade da realização de um estudo sobre as prisões em flagrante por tráfico de entorpecentes e as apreensões por porte para uso pessoal no Estado de São Paulo.

O estudo utilizou os Registros Digitais de Ocorrências da SSP/SP das apreensões de drogas em ocorrências tipificadas como tráfico ou porte de entorpecentes de 2010 a 2017 e os números agregados de ocorrências obtidos pelo portal da SSP-SP, de 2002 a 2016, agregados por municípios. A base de dados foi composta por 656.408 ocorrências entre 2003 e 2017, 556.613 apreensões distintas e 2.626.802 pessoas envolvidas como suspeitos, testemunhas ou terceiros. O estudo apresentado em 2019 sob o título “Avaliação do Impacto de Critérios Objetivos na Distinção Entre Posse para uso e Posse para Tráfico- Um estudo Jurimétrico”, objetivou: a) caracterizar os padrões de apreensão de drogas; b) investigar a necessidade de utilizar critérios objetivos para a distinção de porte de drogas para uso e para tráfico e; c) mensurar o impacto do uso de critérios objetivos. Os resultados desse estudo confluem aos achados e discussões amplamente apresentados e discutidos pela literatura especializada, como destaca Moraes:

Algumas conclusões da análise desse período todo no Estado de São Paulo não trazem nenhuma grande surpresa:

- (1) A quantidade de drogas é um elemento relevante para a tipificação temporária do fato efetuada pela autoridade policial ao lavrar o boletim de ocorrência;
- (2) Não tendo a lei definido um corte na quantidade para diferenciar o tráfico do uso, essa análise é realizada discricionariamente pela autoridade policial no momento do flagrante;
- (3) A quantidade de droga, na maioria das vezes, é o único critério para tipificar a conduta do indivíduo como traficante ou usuário. (Alexandre de Moraes, voto, 02/08/2023)

Além disso, o Ministro ressalta outros resultados do estudo – que também caminham no sentido de demais pesquisas – como a tipificação diferenciada por faixa etária, grau de escolaridade, cor/raça, local onde foi feita a apresentação, tanto no que se refere a regiões do município como entre a capital e cidades do interior. Além de ressaltar o aumento do encarceramento de mulheres após a promulgação da LD. Dessa forma, como já antes

mencionado, os critérios de gramatura adotados para a presunção da conduta como de porte para uso pessoal objetivou tornar a aplicação da lei mais igualitária, partindo desse robusto arcabouço de dados empíricos. Não é de surpreender, portanto, que os demais ministros acompanharam a proposição de Moraes, tendo o próprio Relator reajustado seu voto para acompanhar tais postulados.

Mas, há ainda outro ponto importante. Moraes reconheceu que a fixação de um único critério objetivo – quantidade de droga – para a distinção de usuário e traficante poderia desaguar em dois problemas: a inversão do ônus da prova, ou seja, o usuário flagrado com uma quantidade superior à fixada deveria demonstrar que não é traficante, contrariando o princípio de presunção de inocência; o aumento do nível de impunidade e incentivo ao aumento de pequenos traficantes, para que portasse a quantidade definida em lei como caracterizadora de porte para uso pessoal. A primeira questão foi também apresentada como um receio pelo Defensor entrevistado, que narrou a discussão tida com colegas à época do início do julgamento, em 2015:

Todas as formas de mudança legal ou de jurisprudência que vão mexer, que vão limitar o poder da polícia, que vão conter abusos da polícia, que vão limitar poderes do Ministério Público, que vão conter poderes e abusos do Ministério Público, que vão limitar poderes do juiz, que vão conter abusos do poder juiz, é que nem uma bexiga, você aperta de um lado e eles escapam e vão tentar contornar essa limitação de alguma maneira. Então você dizer que a polícia não pode agir assim, você fala, “ô, polícia, a partir de agora, 40 gramas é uso, cara. Você não pode mexer com 40 gramas. O cara tem 40 gramas, é direito dele”. Vamos supor que é isso. Nem é isso, mas vamos supor que é isso. **A polícia vai encontrar mecanismos de driblar essa limitação. E qual era o nosso medo? Vocês trabalham em 40 gramas, o raciocínio vai ser feito, vai ser, “bom... Abaixo de 40 gramas é uso. Então, acima é tráfico”. Era esse o nosso medo. (Defensor Público de São Paulo, grifos meus)**

No momento em que a entrevista foi realizada o julgamento ainda estava em trâmite, não havendo sido proclamados os votos consecutivos ao de Alexandre de Moraes. Assim, meu interlocutor apontou que essa questão estaria sendo contornada pelo Supremo, pois a postulação desse critério objetivo de diferenciação seria tomada enquanto presunção relativa, fato este concretizado ao fim do julgamento. Dizer que a presunção é relativa significa que se mantém outros elementos da redação do art. 28 para embasar a tipificação da conduta. Ou seja, assim como indivíduos apreendidos com quantidades maiores de droga poderão, durante a audiência de custódia e ao longo do processo, aglutinar outros elementos que comprovem que a droga destinava-se para uso próprio, policiais podem realizar prisões em flagrante com quantidades menores de substância que a estipulada, desde que sejam apontados e, principalmente, justificados outros elementos que possam comprovar traficância:

Quanto à desconstituição da presunção relativa, não basta a autoridade policial e a acusação fazerem menção a objetos aleatórios, tais como celular, tesoura ou depósitos plásticos, **facilmente encontrados em qualquer residência do País**. Note-se que mesmo a forma de acondicionamento é questão a ser analisada com cautela e justificativa específica, pois, de forma isolada, pode representar simplesmente que o usuário adquiriu o entorpecente daquela maneira e não a desfez antes de seu consumo.

Não é incomum que a condenação por tráfico de drogas esteja cercada de presunções, não de provas concretas, como a Constituição da República exige. Nesse contexto, é de se observar maior cautela na fixação de tese que não abra espaço para que, a partir do encontro de quaisquer dos objetos mencionados pelo Ministro Alexandre de Moraes em seu voto, afaste-se a presunção relativa para o quadro de que aqui se cuida. **É preciso que o julgador indique, com fundamentos concretos e relacionados ao caso em análise, o motivo pelo qual a presença daquele objeto caracterizaria a prática de tráfico, e não posse para consumo pessoal.** (Cármem Lúcia, voto, 25/06/2024, grifos meus)

Feitos esses breves esclarecimentos sobre a definição dos critérios objetivos e o caráter relativo da presunção por eles propiciada, voltemos à discussão sobre elementos e transformações socioculturais que, em alguma medida, ensejaram a decisão do Supremo. O primeiro ponto, anteriormente elucidado, refere-se a aspectos globais: a constatação de fracasso da chamada “guerra às drogas” e uma tendência internacional de refrear políticas puramente repressivas, atentando-se ao tratamento e cuidado com os usuários. Já o segundo ponto refere-se à uma modificação no cenário nacional, também constante no voto de Alexandre de Moraes, a transmutação do Brasil de país corredor do tráfico de drogas em país consumidor:

Então, tradicionalmente, até duas, três décadas - agora um pouco mais -, o Brasil era um corredor de drogas. Não existe mais isso. Lamentavelmente, **o Brasil se transformou em um país consumidor, um alto país consumidor. Em números absolutos - não percentuais por 100 mil habitantes -, o Brasil é o maior consumidor de maconha do mundo e o segundo maior consumidor de cocaína do mundo.** (Alexandre de Moraes, voto, 02/08/2023, grifos meus).

A própria LD, segundo o Ministro, teria sido uma tentativa de resposta a essa questão. Por suposto, o aumento no número de consumidores faz com que a questão de drogas se dilua na teia social. Isso quer dizer que há o aumento nas discussões e conversas a seu respeito, que cada vez mais pessoas, nos diversos estratos e círculos sociais, passam a ter contato com usuários, mesmo que disso não saibam. Destarte, discussões sobre atenção ao usuário, afrouxamento de políticas repressivas, instauração de políticas de redução de danos e informações sobre as substâncias inevitavelmente passam a concorrer com discursos do estilo de pensamento social hegemônico. Como exemplo, ainda no ano de 2005, a então Secretaria Nacional Antidrogas desenvolve e distribui a cartilha “Drogas: cartilha sobre maconha,

cocaína e inalantes”⁵⁵ que apresenta uma série de informações cientificamente embasadas sobre diversas substâncias. Importante notar seu caráter informativo, que descreve os efeitos dessas drogas, possíveis danos à saúde e uma gama de outras informações. Já no início da cartilha é apresentado que o direito de “poder fazer escolhas” é, por muitos, considerado um dos mais fundamentais que uma sociedade pode oferecer, mas expressa: “existe real escolha quando não se tem informação? Quando são veiculados muito mais os preconceitos e mitos sobre determinados assuntos do que dados científicos e estatísticas bem feitas?” (SENAD, 2005).

Esse fato já sinaliza, de alguma forma, para a abordagem diferencial sobre o tema de drogas a partir dos anos 2000. Nem de longe isso significa que as concepções negativas sobre as substâncias e seus usuários, construídas por décadas de políticas de perseguição, desinformação e preconceitos, estivessem desaparecendo. Muito pelo contrário. Desde de o fim da década de 1990, com a propagação do consumo de crack, é construído e mobilizado um aparato discursivo que atrela o aumento da criminalidade, e a consequente sensação geral de insegurança, à essa droga e seus usuários, levando, inclusive à uma série de ações de órgãos públicos (Alves; Pereira, 2021).

Romanini e Roso (2012), ao analisar uma série de reportagens especiais do jornal “Zero Hora” denominada “A Epidemia do Crack”, em 2008, apontam diversos elementos discursivos e categorias mobilizadas para descrever a substância, seus usuários, e as consequências deletérias que representariam para a sociedade. A representação midiática sobre o tema, afirmam os autores, é geralmente feita de maneira sensacionalista, culpando exclusivamente a droga pelo aumento da criminalidade, apresentando seu supostos traços de “universalidade”, ou seja, seu potencial de penetrar as mais diversas classes e espaços sociais subtraindo a autonomia dos sujeitos e transformando-os em criminosos. As reportagens retratam, por exemplo, médicos e juízes que após defrontarem-se com ciclos de uso problemático com outras substâncias teriam “chegado à fase final”, consumindo crack. Além disso, amalgamam toda essa discursividade negativamente a populações, corpos e territórios específicos: “foi o mundo da favela que invadiu os bairros e lares das classes média e alta, levando o que há de pior no submundo em que os ‘vileiros e marginais’ vivem.” (trecho de reportagem *in*: Romanini; Roso, 2012, p.87).

⁵⁵ Disponível em:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/orientacao/cartilha_sobre_maconha_cocaina_e_inalantes.pdf

Toda essa “propaganda”, discursos e cognitividades que são criadas e propagadas em relação ao crack, nas primeiras décadas do século XXI, em muito se assemelham às feitas em relação à maconha durante o século XX. A erva, no século passado, era também considerada a raiz de diversos males sociais, sendo utilizada como justificativa à perseguição da população a que seu uso era atrelado: os negros. Seu uso era atrelado à vagabundagem, à criminalidade, à periculosidade e violência (Carlini, 2006; Prado, 2023). Com a chegada e proliferação do crack, aliada a reconfigurações sociais, a maconha gradualmente perdeu seu posto de raiz dos males. Seu grande perigo, residiria em ser uma “porta de entrada” para o consumo das demais drogas.

Concomitantemente à chegada do crack, nos anos 1990, durante o período de abertura democrática em que as demandas sociais tomavam a tônica de requisições de liberdade, começam a despontar no Brasil movimentos engajados na legalização da maconha, fortemente perseguida pelos governos ditatoriais que a associavam a conspirações comunistas⁵⁶. Como exemplo temos o surgimento do grupo *Planet Hemp*, cujas letras das músicas tornaram-se verdadeiros hinos para os militantes da cannabis.

Um dos primeiros movimentos organizados em favor da causa é a manifestação conhecida como “Marcha da Maconha” que surgiu no Brasil em 2007, na cidade do Rio de Janeiro, entre perseguições policiais, jurídicas e midiáticas. Segundo Jacob (2018), a primeira Marcha da Maconha na cidade de São Paulo foi realizada em 2008, na ilegalidade, tendo sido proibida pela Justiça sob o argumento de apologia ao crime. Ainda de acordo com a autora, junto com São Paulo, no mesmo ano, a Marcha também foi proibida nas cidades de Rio de Janeiro (RJ), Curitiba (PE), Brasília (DF), Belo Horizonte (BH), Cuiabá (MT), Salvador (BA), João Pessoa (PB) e Fortaleza (CE). A grande proibição do movimento destaca que ele estava se espalhando, contra os interesses de silenciamento e quebra da repressão.

A conquista institucional do movimento, a “legalização” da Marcha, ocorreu no segundo semestre de 2011. O Defensor entrevistado, destacando sua trajetória marcada pela militância na questão de drogas, apontou que uma de suas atuações mais marcantes se referia à realização da Marcha em São Paulo. Foi convidado a integrar um dos coletivos responsáveis pela organização do movimento. Em 2010, já formado advogado, entrou com um pedido de *habeas corpus* no Departamento de Inquéritos Policiais, conseguindo Salvo Conduto em favor de 17 manifestantes, mas com a extensão dos efeitos para as demais pessoas que quisessem participar da manifestação negado. No ano de 2011, sabendo do

⁵⁶ Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cq62qq31yy7o>

ocorrido nos anos anteriores, conseguiram a decisão favorável na primeira instância, mas não a extensão de efeitos pretendida. Pediram ao Tribunal de Justiça e perderam, “subindo” ao Supremo Tribunal de Justiça, perdendo, também, à véspera da realização do evento.

Entretanto, narra, devido ao debate jurídico e público gerado pela obtenção da ordem em primeira instância, havia mais de mil pessoas reunidas na frente do Museu de Arte de São Paulo no dia combinado:

[...] na frente do MASP, e a polícia então veio com tiro, porrada e bomba, mas a repercussão daquela criminalização foi enorme. A manifestação terminou na frente do 78 DP, ali na rua dos Estados Unidos, para onde foram levados dois manifestantes presos. Imagina, a marcha da maconha terminar na frente da delegacia, enquadrando a delegacia de polícia, que foi isso que aconteceu. Tinham mais de 500 pessoas na frente da delegacia, com helicópteros e tropa de choque, todo mundo rodeando os manifestantes, e os manifestantes dizendo, “soltem os nossos presos, o que vocês estão fazendo é criminoso!”. **E deu um mês, depois foram marcadas outras manifestações contra essa repressão à marcha, deu um mês, 40 dias, o Supremo julgou uma ação que estava lá esquecida, que julgava inconstitucional as decisões de proibição da Marcha.** (Defensor Público de São Paulo, grifos meus)

Em decisão unânime, em 2011, o STF liberou a realização dos eventos da Marcha da Maconha no território nacional. Pela decisão, tomada no julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 187 ajuizada pela Procuradoria-Geral da República, o art. 287 do Código Penal deve ser interpretado conforme a CF, de modo que não impeça manifestações públicas em defesa da legalização das drogas. Os votos dos ministros, em geral, seguiram a linha da defesa pela liberdade de expressão. A Ministra Cármen Lúcia, por exemplo, em seu voto que acompanhou o relator, manifestou simpatia por manifestações de rua e lembrou que há algum tempo atrás sua geração era impedida de se expressar pelas mudanças de governo. Em linhas gerais, os Ministros, na ocasião, afirmaram que a liberdade de expressão é um dos pilares do Estado Democrático de Direito.

Em contrapartida, como demonstram Guimarães e Santos (2019), os discursos sobre a “epidemia de crack” no Brasil levou a um confronto entre a tendência antimanicomial e as perspectivas opostas, com disputas pela orientação de políticas e pelas verbas públicas, com uma orientação ao viés da “remanicomialização”, especialmente a partir de 2011. No mesmo ano da liberação da Marcha, foi criada a Portaria nº 3.088 e a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa nº 29, que estabelecem normas para as Comunidades Terapêuticas. Nessa esteira, as Comunidades Terapêuticas que eram 408 até 1995, no Brasil, tiveram a criação de 1.542 novas instituições entre 1996 e 2015.

Não parece coincidência que nos momentos de relativo arrefecimento das tratativas e percepções em relação à maconha, criem-se discursos, programas, políticas e ações de

recrudescimento em relação ao crack. De certa forma, é perceptível que ao crack tem sido transferidas as “funções” atribuídas à maconha no século passado: o pânico moral e problemáticas que seriam desencadeadas pela substância servindo de subsídio para a repressão, perseguição e controle das populações atreladas a seu consumo e comércio. Como ilustrativo desse fenômeno, tomemos a reportagem⁵⁷ feita pelo programa “Fantástico”, da Rede Globo de televisão, no início do julgamento do RE 635.659, em 2015.

A reportagem “mostra a realidade do primeiro país a legalizar a maconha”, o Uruguai. Os repórteres viajaram até o país, apresentando o funcionamento de um “clube canábico” e entrevistando produtores e usuários. Um deles, inclusive, brasileiro que se mudou para lá após a legalização. A reportagem ressalta os principais pontos da lei, como venda e permissão para cultivo somente para maiores de 18 anos cadastrados no programa governamental; os limites de gramagem e produção mensal; a liberação da venda em farmácias mediante apresentação de receita médica e o controle dos preços pelo Estado. Destacam que não encontraram ninguém consumindo a erva em local público, somente um turista brasileiro, além de descreverem que não houve problemas ou aumento de consumo nas cidades fronteiriças entre Brasil e Uruguai. Mas, no meio da reportagem destaca: “Dos dois lados, o problema mais sério é o crack, uma droga devastadora”.

Destarte, devo ressaltar que no voto do relator Gilmar Mendes, que iniciou o julgamento do RE 635.659, a descriminalização da conduta de porte de drogas para consumo pessoal abrangeria todas as drogas. Entretanto, todos os votos que se seguiram restringiram a descriminalização somente para a droga que compunha o caso concreto do julgamento, a maconha. Essa foi a prerrogativa adotada por Fachin em seu voto, mas Barroso apontou outras questões. O Ministro, no adiantamento de seu voto, apresenta que um dos maiores problemas, no caso brasileiro, seria referente ao poder do tráfico e assinala sua perspectiva pessoal em relação à questão: “a primeira prioridade a ser pensada no Brasil é como neutralizar o poder do tráfico. Para isso só há uma solução e ela é radical: é acabar com a ilegalidade das drogas, da sua produção, distribuição e consumo” (Luís Roberto Barroso, adiantamento do voto, 10/09/ 2019). Mas o Ministro prossegue:

Eu estou fazendo esse registro, mas não é essa a questão central aqui da nossa discussão. Ademais, uma das grandes dificuldades do mundo que nós habitamos, que é o mundo do Direito, é que nós não podemos fazer experimentação em laboratórios, como se faz com um remédio, que é para ver se dá certo. As inovações em matéria legislativa e de políticas públicas têm de ser feitas incrementalmente, passo a passo, para ver se vão dar certo.

⁵⁷ Fonte:

<https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/09/fantastico-mostra-realidade-do-primeiro-pais-legalizar-maconha.html>

E é por essa razão que eu disse no início que estava concentrando as minhas reflexões na questão da maconha, porque acho que a extensão dos danos neste caso é um pouco mais quantificável para uma eventual política pública que marche nesse caminho. (Luís Roberto Barroso, adiantamento do voto, 10/09/ 2019)

Após a proclamação do voto de Barroso, inicia-se uma discussão entre ele e Gilmar Mendes extremamente ilustrativa. Ao referir-se a restrição da decisão à maconha nos votos de Fachin e Barroso, Gilmar Mendes busca rebatê-los valendo-se do argumento “quanto à discriminação social”:

[...] veja a tragédia que hoje contamina as nossas cidades. Isso é visível em São Paulo – seu Estado ministro Celso - na Cracolândia na capital, com o crack. Essa gente, essa confusão, traficante e usuário, quer dizer, ou traficante por dependência. Veja, aqui, nós estamos a falar dessa gente que está na escala lá embaixo desse quadro. Tudo o que se fala do crack é aquilo, algo diabólico, negativo; quando a maconha, aí, sim, atinge a um grupo relativamente selecionado, gente que talvez nem avance para drogas mais pesadas. (Gilmar Mendes, discussão, 10/09/2015)

Para o Ministro, o combate à descriminalização precisaria, necessariamente, abranger os indivíduos que são, justamente, os mais discriminados, estando na escala “mais baixa” do problema. Para ele talvez o Legislador se animasse a fazer a distinção, ou a própria Administração. Nesse ponto, foi interrompido por Barroso, que ressaltou que: “Eu tenho um medo do custo político para administração”:

Mas, seja como for, eu tenho medo que o custo político para uma dessas entidades, para a Secretaria Nacional de Drogas ou para a Anvisa, seja insuportável.

Logo no começo do Governo passado, da gestão passada, o Secretário Nacional de Justiça, que era o Doutor Pedro Abramovay, fez uma declaração favorável à descriminalização, cujo impacto político foi tão negativo que ele precisou se afastar. Portanto, órgãos que têm custo político têm dificuldade de tomar essa decisão. [...]

Eu só estou mencionando isso, Ministro Gilmar, porque eu até poderia concordar, mas essa é uma das discussões em que o debate público fica aviltado pelo temor da opinião pública. Vale para aborto, vale para drogas. E é difícil avançar nessa matéria. (Luís Roberto Barroso, discussão, 10/09/2015)

Por suposto, as discussões que envolvem a legalização, liberação ou descriminalização de substâncias são envoltas em profundas polêmicas e esbarram em respostas imediatas de diversos setores da sociedade. Não obstante, quando o julgamento do referido RE começou a formar maioria pela descriminalização, o Legislativo, pela figura do deputado Sargento Gonçalves (PL-RN), apresentou a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 34/23, chamada PEC Antidrogas, a fim de refrear a decisão do Judiciário. Nessa esteira, parece ser possível afirmar que a possibilidade da decisão do STF está intimamente

atrelada à relativa mudança de percepção social em relação à maconha, cujo papel de “raiz do mal” foi gradativamente substituído pelo crack. A maconha passou a ser vista com “menor potencial de dano” se comparado ao crack e, além disso, diferente desse, penetrou as mais diversas classes e círculos sociais. Essa questão também está presente nas discussões dos ministros:

L.R. Barroso: **Eu tenho dúvida, Ministro Gilmar, franca e honesta, se os meus entendimentos em relação ao crack são os mesmos que tenho em relação à maconha**, inclusive no impacto sobre a Saúde Pública. Não que tenha grande conhecimento sobre maconha, mas eu tenho pouco conhecimento sobre o crack. [...]

Quer dizer, **a impressão que tenho é que o crack muda a equação do problema das drogas, porque ele transforma as pessoas em um corpo sem alma. A maconha não faz isso, pelo menos não em curto prazo.**

Eu entendo Vossa Excelência. **Acho que a lógica jurídica é a mesma, mas a lógica do mundo real talvez não seja.** Por isso, eu estou sendo minimalista aqui em confinar à maconha, sem prejuízo de voltarmos a esse ponto.

G. Mendes: [...] No que diz respeito à criminalização, a mim me parece que lógica jurídica há de ser a mesma. Tanto é que entendi que tanto não há um direito a drogar-se e a permanecer drogado, que isso não se coloca como um capítulo em que o Estado não possa intervir. Ele pode intervir, mas não com a criminalização. **E o crack, inclusive, sugere medidas às vezes mais drásticas, tendo em vista o estado de abandono em que essas pessoas ficam.** [...]

Nós estamos lidando com um tema que realmente é muito delicado para a sociedade, para as famílias. **Há discussão, que também não quero contestar, de que o uso de uma droga eventualmente mais charmosa, na verdade, é o caminho para drogas mais pesadas e há exemplos nesse sentido.**

L.R. Barroso: **Bom, eu provavelmente agora conheço diversas pessoas, e cruzei ao longo da minha vida, que fumam ou fumaram maconha; não conheço nenhum usuário de crack.**

G. Mendes: Conheço aquelas lá de São Paulo.

L.R. Barroso: Pela televisão.

Mas não discordo de nada do que Vossa Excelência disse. [...] A minha posição - e penso que a do Ministro Fachin - é que, como o caso nos permite decidir apenas sobre maconha, nós estamos deixando as drogas mais pesadas e com implicações talvez mais complexas para uma outra oportunidade. [...]

Mas, por temor do efeito sistêmico que isso possa ter, estou preferindo ficar, por enquanto, na maconha até que talvez possamos ter mais elementos, sobretudo, sobre o crack.

Note-se que todos os elementos debatidos estão presentes nas falas dos ministros: a maconha enquanto drogas de potencial menos ofensivo, mas como possível “porta de entrada”; o crack enquanto droga totalmente nefasta; a maconha permeando seus círculos sociais, e o crack como um problema de grupos específicos; o temor do efeito sistêmico que uma decisão que extrapola a maconha possa ocasionar. Para a Defensora entrevistada, que

teve atuação profissional na Cracolândia, essa é umas questões mais problemáticas envolvendo a decisão do Supremo:

O que justifica você falar que isso só se aplica à maconha e não se aplica às outras drogas? Então, acho que primeiro tem um problema de argumentação jurídica que não se sustenta. E aí, eu acho que também, como eu estava contando, **para a camada mais vulnerabilizada que ainda sofre os efeitos da criminalização do porte de droga**, que é quem ainda tem... **que não é definitivamente a grande maioria dos usuários de maconha, como é o caso que a gente vê na Cracolândia, eu acho que falar que uma droga é pior do que a outra ou fazer essa diferenciação só vai contribuir ainda mais para o criminalizar as pessoas pobres.** (Defensora Pública de São Paulo)

Para ela, a decisão do Supremo, ao se restringir à maconha, tenderia a piorar a situação dos usuários de drogas que se encontram em maior situação de vulnerabilidade, como os usuários de crack. No início desta subseção afirmei ser importante dividir o julgamento em dois momentos: o início, em 2015, e a retomada, em 2023. Gostaria de retornar a esse ponto.

No intervalo do início do julgamento até sua retomada, me parece que duas questões passaram por transformações na sociedade brasileira. Uma diz respeito às concepções socioculturais sobre a maconha, e outra diz respeito à realidade política. No que diz respeito à primeira, engloba as questões até aqui descritas, de arrefecimento da percepção social sobre a maconha em detrimento ao crack. Mas engloba, ainda, outra questão: a propagação e absorção do aspecto medicinal da maconha. No ano de 2014, imediatamente antes do início do julgamento, a “cannabis medicinal” teve sua primeira entrada no Brasil. A menina Anny Fischer, diagnosticada com uma síndrome rara, chegando a ter 80 convulsões por dia, foi a primeira brasileira autorizada a importar medicamentos a base de maconha⁵⁸. No mesmo ano, outros dois pacientes também conseguiram a autorização⁵⁹.

Em 2015, ano do julgamento em tela, a Anvisa publicou a RDC nº03, que atualizou a Lista de Substâncias Sujeitas a Controle Especial, incluindo o canabidiol – uma das substâncias presentes na maconha. Bem como RDC nº 17, em que definia os critérios e os procedimentos para a importação, em caráter de excepcionalidade, de produtos à base de canabidiol. Daí em diante uma série de outras normativas surgiram de modo a flexibilizar a aquisição e produção de fármacos a base de maconha, com especial destaque ao RDC nº 327, publicado pela anvisa em 2019, que trata sobre procedimentos para a concessão de

⁵⁸ Fonte:

<https://g1.globo.com/distrito-federal/noticia/2015/11/vida-nova-dizem-pais-de-menina-que-ha-2-anos-usa-derivado-da-maconha.html>

⁵⁹ Fonte: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/506065/noticia.html?sequence=1&isAllowed=y>

autorização sanitária para a produção e importação, bem como os requisitos para a comercialização, prescrição, dispensação, monitoramento e fiscalização dos produtos de cannabis para fins medicinais de uso humano⁶⁰. Note-se que nesse mesmo ano pela Nota Técnica n. 11/2019 (CGMAD/DAPES/SAS/MS), o Ministério da Saúde apresenta esclarecimentos acerca das mudanças na PNSM e nas Diretrizes da PND. A PND assume posição expressamente contrária à legalização das drogas, preconizando o tratamento e transferência de recursos públicos para as comunidades terapêuticas e foca o cuidado na abstinência do uso em oposição à redução de danos, medida adotada anteriormente.

Já em 2021, uma comissão especial aprovou o PI 339/15, que legaliza o plantio de maconha no país exclusivamente para fins medicinais, veterinários, científicos e industriais.⁶¹ No ano de 2023, o STJ viu saltar o número de pedidos de habeas corpus para o cultivo de maconha em casa. O total chegou a 51 processos até o fim de outubro de 2023 em comparação aos 19 de 2022⁶². Nesse sentido, os pedidos judiciais de autorização do cultivo caseiro aumentaram 4.100% em seis anos, estimando-se que mais de 86 mil pessoas, com idade entre 6 e 102 anos, faziam tratamento com maconha no Brasil em 2024⁶³. Nesse sentido é que se encontra a atuação “mais marcante” da Defensora entrevistada, que participa ativamente nos processos de solicitação de habeas corpus para o cultivo:

Então, a gente começou essa atuação principalmente com as mães de movimentos de pessoas autistas, na verdade, que nos procuraram num primeiro momento, acho que foi em 2019, que já sabiam dos benefícios do óleo de cannabis, mas não tinham dinheiro para comprar o óleo e estavam com muita dificuldade na judicialização desse tema. E aí a gente começou a abrir as Cortes, fazendo a obtenção de salvo conduto para que elas pudessem fazer o plantio e a extração do óleo de cannabis para usar nos seus filhos. E aí, a partir do primeiro caso que deu certo, a gente começou a ser procurado por outras mães, pessoas com outros tipos de de doença e foi se inserindo nesse debate, levando a perspectiva das pessoas que fazem uso e se beneficiam desse uso e que não tem dinheiro para ter acesso ao que hoje já está sendo comercializado pela indústria farmacêutica. Então, mostrando como qualquer discussão sobre descriminalização também tem que passar para o reconhecimento de como as camadas vulneráveis vão acessar. eventualmente se descriminalizar mesmo a maconha, como é que as pessoas vulneráveis vão ter acesso aos benefícios que a cannabis pode fazer no caso delas, né? (Defensora Pública de São Paulo)

⁶⁰ Fonte: <https://www.conjur.com.br/2021-out-06/cicolin-pauta-uso-medicinal-cannabis-brasil-2022/>

⁶¹ Fonte: <https://www.camara.leg.br/noticias/1008592-cadeia-produtiva-da-cannabis-para-fins-medicinais-e-tema-de-audiencia-na-proxima-terca/#:~:text=Projeto%20na%20C%3%A2mara,%2C%20veterin%C3%A1rios%2C%20cient%C3%ADficos%20e%20industriais.>

⁶² Fonte: <https://www.jota.info/tributos-e-empresas/saude/cannabis-medicinal-pedidos-de-hcs-no-stj-sobem-1684-em-um-ano>

⁶³ Fonte: <https://g1.globo.com/df/distrito-federal/noticia/2024/08/10/pedidos-para-plantar-maconha-em-casa-aumentam-4100percent-em-seis-anos-segundo-stj.ghtml>

O movimento de relativo abrandamento das regulamentações da maconha, ao mesmo tempo, abriu a possibilidade de um mercado fecundo. Uma série de plataformas surgiram com a finalidade de possibilitar o acesso a essa modalidade de tratamento, como a *Click Cannabis*⁶⁴, que conecta pacientes a médicos e intermedia todo o processo de aquisição dos “medicamentos”, inclusive com suporte jurídico àqueles que buscam o auto cultivo. Soma-se a isso, ainda, a consolidação e expansão do mercado de “apetrechos” para o consumo da erva, ainda ilegal no país⁶⁵. Uma das mais famosas marcas nacionais do ramo, a *Bem Bolado*, fundada em 2013, faturou R\$ 40 milhões em 2023⁶⁶. E não para por aí, qualquer busca pelos termos “grow” ou “cultivo indoor” na internet apresenta um sem-número de lojas especializadas no fornecimento de itens para o cultivo caseiro. O que presenciamos é um projeto de retroalimentação e ambivalência em termos de influência: o contexto sociocultural brasileiro de percepção da maconha possibilitou a tomada de decisão do STF com a mitigação de impactos políticos negativos; ao mesmo tempo, a mera especulação da decisão do Supremo parece ter fortalecido a cultura e o mercado canábico nacional.

Entretanto, a segunda questão de transformação no contexto social – e talvez a mais importante – se encontra na arena política. Mesmo tendo devolvido a vista em 2018, e recebido os resultados da pesquisa encomendada em 2019, Alexandre de Moraes somente pronunciou seu voto, retomando o julgamento, no fim de 2023. Indubitavelmente, essa tomada de decisão seria impossível durante o Governo Bolsonaro que, em 2022, publicou uma cartilha de desinformação contra a maconha, afirmando que “não existe maconha medicinal” e relacionando, de forma não fundamentada, o aumento de homicídios no Uruguai com a legalização da erva⁶⁷. Também, aqui, não parece ser coincidência que certas tomadas de decisão e estabelecimento de políticas públicas “polêmicas” tenham sido levadas a cabo com o estabelecimento de um governo mais progressista e alinhado às ideias de um Estado Democrático de Direito. Outro exemplo disso é a Resolução 487 do CNJ, baixada em fevereiro de 2023.

⁶⁴ <https://clickcannabis.com/>

⁶⁵ Fonte:

<https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/11/20/como-funcionam-as-head-shops-tabacarias-modernas-que-vendem-acessorios-para-o-fumo-inclusive-de-maconha.ghtml>

⁶⁶ Fonte:

<https://exame.com/negocios/quem-e-a-bem-bolado-marca-brasileira-que-atingiu-faturamento-de-r-40-milhoes-e-m-2023/>

⁶⁷ Fonte:

<https://veja.abril.com.br/coluna/cannabiz/a-campanha-de-desinformacao-do-governo-bolsonaro-contra-a-cannabis>

Essa resolução, que visa instituir a política antimanicomial no judiciário, determinou o fechamento gradual dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP), e o uso do tratamento ambulatorial em serviços comunitários e na RAPS, do SUS. Atualmente, segundo o Jornal O Globo⁶⁸ baseado em dados do Senappen, há 4680 pessoas presas em ECTPs, dos quais: 1818 – 39%-- são presos provisórios; 803 – 17% – são Sentenciados, em regime fechado, semiaberto ou aberto; 1543 – 33% – em Medida de Segurança em internação; e 507 – 10% – em Medida de segurança por tratamento ambulatorial. Além disso, no estado de São Paulo, 46% das internações estão relacionadas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, o que indicaria um novo e crescente público nos espaços de custódia (CNJ, 2024).

Paralelamente a isso, houve a criação de um “Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas”, inserido no Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Contudo, após receber diversas críticas dos setores ligados à Luta Antimanicomial, o departamento foi renomeado para “Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas”. Entretanto, o investimento nesse tipo de instituição não diminuiu. De acordo com notícias, o Ministério do desenvolvimento financiou 15 mil vagas, e uma portaria de agosto de 2023 prevê a ampliação desse quadro até 2026.

Assim, existe uma possibilidade plenamente tangível de que a desinternação em ECTS culmine em institucionalizações em Comunidades Terapêuticas. Note-se que, historicamente, os processos de arrefecimento à tratativa dada a usuários de drogas pelo sistema criminal esteve atrelado ao fortalecimento das CTs: no mesmo ano da Lei dos Juizados especiais houve o aumento das CTs, fato que se repetiu em 2011, com os processos de “suavização” da percepção sobre a maconha. O que observamos é uma transferência dos elementos negativantes associados, no século passado, à maconha para o crack e seus usuários.

Isso pode significar um dos elementos de reinvenção do aparato biopolítico: na era de demandas por maior liberdade, que requerem o arrefecimento das tratativas dadas à maconha, há a invenção de inúmeros discursos que atribuirão à substância atrelada a populações pobres e racializadas o papel de “raiz do mal” dos problemas sociais, como a violência, a sensação de insegurança, etc.

⁶⁸ Fonte:

<https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2023/05/com-prazo-para-fechar-hospitais-de-custodia-ainda-tem-46-mil-internos-40percent-sao-presos-provisorios.ghtml>

Por fim, é inegável o grande avanço na questão das drogas propiciado pela decisão do STF. Caso as premissas defendidas e contidas nos votos dos Ministros sejam absorvidas pelos agentes que compõem o campo do controle do crime – policiais, promotores, magistrados –, talvez possamos presenciar uma justiça menos discricionária e mais igualitária, ao menos no que se refere aos casos envolvendo maconha. Entretanto, há o perigo de um recrudescimento dos processos que envolvam outras drogas. É preciso evitar que a dicotomia drogas leves-drogas pesadas aumente a estigmatização dos usuários de outras substâncias. Além disso, é necessário avançar nos debates quanto ao tratamento de saúde oferecido aos usuários de drogas. Como demonstrado na seção 5, o estilo de pensamento social hegemônico ainda imputa a internação, o isolamento, enquanto principal forma de tratamento. Qualquer decisão ou política pública que objetive a humanização do trato desprendido aos usuários de drogas precisa, necessariamente, abordar essas questões, sob o risco que o isolamento em prisões seja substituído pelo isolamento em clínicas.

6.2 “doença, sofrimento, lágrimas e tristeza”: os votos de não provimento ao recurso extraordinário

Esta subseção tem como objetivo apresentar os principais argumentos mobilizados pelos Ministros que votaram pelo não provimento do Recurso Extraordinário 635.659. Vale-se destacar que os posicionamentos não são marcados com fixidez, havendo ambiguidades e movimentos cruzados dentro do campo. Os votos desses ministros apresentam, entre si, maiores dissonâncias que os dos ministros que deram provimento ao recurso. Houve Ministros, como Dias Toffoli, que consideraram que nenhum usuário de drogas deve ser criminalizado, retificando discursos dos que deram provimento ao recurso, mas, ao mesmo tempo, entendeu que a conduta já havia sido descriminalizada pela LD. Nesse sentido, a exposição se inicia pelos pontos de confluência dos discursos dos Ministros que consideraram constitucional o art.28 da LD.

Um dos argumentos, amplamente mobilizado pelos ministros que votaram pelo não provimento do RE, é o de que a conduta do consumo de drogas para uso pessoal já havia sido despenalizado pela Lei de 2006:

O art. 28 da Lei nº 11.343/06 é **constitucional**, pois desde sua edição afastou expressamente os efeitos penais das medidas previstas nos incisos I a III. Isso se deve principalmente à ausência de cominação de pena de reclusão, detenção ou prisão simples (art. 1º da Lei de Introdução do Código Penal) e ao objetivo da Lei de Drogas de prevenir, atender e reinserir socialmente os usuários e dependentes de drogas (art. 1º da Lei 11.343/06). (Dias Toffoli, voto, 20/06/2024)

Ou seja, a percepção geral desses Ministros é de que, tendo sido afastada a pena de privação de liberdade do dispositivo legal, ele é constitucional. Isso porque, sendo uma premissa constitucional o combate ao tráfico de substâncias proscritas e o direito e proteção à saúde, seria uma opção legítima do legislador as opções tomadas na configuração do dispositivo legal como forma de coibir o consumo dessas drogas. Disso, se desdobra o que seria, creio, o argumento central mobilizado por esses Ministros: a alteração do dispositivo legal é algo que deve ser proposto e promovido pelos outros Poderes. Assim, a inferência do Judiciário sobre essa matéria representaria uma invasão na esfera dos outros poderes:

As três últimas décadas testemunharam as deliberações valiosas do Poder Judiciário,notadamente do Supremo Tribunal Federal,na consolidação e avanço do PROCESSO DEMOCRÁTICO E SOCIAL e no resguardo dos direitos fundamentais e das regras do jogo democrático. /

Se assim o é,também **não se podem desconsidera as críticas,em vozes mais ou menos nítidas e intensas,de que o Poder Judiciário estaria se ocupando de atribuições próprias dos canais de legítima expressão da vontade popular, reservada apenas aos Poderes integrados por mandatários eleitos**.Em referência a

tal juízo de censura, é comum o emprego das expressões “judicialização da política” e “ativismo judicial”. [explicar]

Esse é um aspecto da jurisdição que me é muito caro e preocupante. /

Assistimos, cotidianamente, o Poder Judiciário ser instado a decidir questões para as quais não dispõe de capacidade institucional. Mais ainda, a cláusula pétrea de que nenhuma lesão ou ameaça deva escapar à apreciação judicial, erigiu uma zona de conforto para os agentes públicos. Em consequência, alguns grupos de poder que não desejam arcar com as consequências de suas próprias decisões acabam por permitir a transferência voluntária e prematura de conflitos de naturezas diversas para o Poder Judiciário, instando os juízes a plasmarem provimentos judiciais sobre temas que demandam debate em outras arenas. !!!

Essa prática tem exposto o Poder Judiciário, em especial o Supremo Tribunal Federal, a um protagonismo deletério, corroendo a credibilidade dos tribunais quando decidem questões permeadas por desacordos morais que deveriam ter sido decididas no Parlamento. / (*sic*, Luiz Fux, voto, 25/06/2024, grifos e sublinhados do autor)

Os Ministros, pois, de forma geral, relegam a responsabilidade decisória sobre o tema para os demais poderes. É válido lembrar que, recentemente, tornou-se um argumento comum ao campo político de direita e, especialmente aos adeptos do bolsonarismo, que o Brasil vinha sofrendo com uma “ditadura do Judiciário”, mas essa ideia foi amplamente propaganda pelo tecido social⁶⁹. O STF, especificamente sob a figura de Alexandre de Moraes, assumiu o papel de “vilão” entre esse campo político, especialmente após a tentativa de golpe de Estado materializada pelos atos terroristas de 8 de janeiro de 2023. Como exemplo ainda mais grave dessa situação houve, no dia 13/11/2024, ataques com bombas ao STF, protagonizados por um indivíduo ligado ao bolsonarismo⁷⁰. Segundo a ex-esposa do homem-bomba, seu alvo era, justamente, Alexandre de Moraes⁷¹.

Além disso, no que se refere à decisão em análise, não faltaram posicionamentos do Legislativo e Executivo quanto à decisão. O próprio presidente, Lula, criticou a tomada de decisão pelo supremo:

A Suprema Corte não tem que se meter em tudo. Ela precisa pegar as coisas mais sérias, sobretudo aquelas que dizem respeito à Constituição, e virar senhora da situação. Agora não pode pegar qualquer coisa e ficar discutindo, pois começa a criar uma rivalidade que não é boa para a democracia, nem para a Suprema Corte, nem

⁶⁹Fonte:

<https://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/quase-50-dos-brasileiros-acham-que-o-brasil-vive-ditadura-do-judiciario-diz-pesquisa/>

⁷⁰ Fonte:

<https://revistaforum.com.br/brasil/2024/11/13/atentado-contr-stf-quem-esta-por-tras-dos-ataques-bomba-169297.html>

⁷¹ Fonte:

<https://g1.globo.com/politica/blog/daniela-lima/post/2024/11/14/ele-queria-matar-alexandre-de-moraes-diz-ex-mulher-de-autor-do-atentado-a-pf.ghtml>

para o Congresso Nacional. Fica a rivalidade de quem é que manda: o Congresso ou a Suprema Corte?⁷²

Nessa esteira, o presidente do Senado, Rodrigo Pacheco, definiu como um “equivoco grave” a possibilidade de descriminalização do porte de drogas para consumo pessoal por decisão do Supremo⁷³. Ele caracterizou a descriminalização, sem discussão com o Congresso, e sem a criação de programas de saúde pública, como invasão de competência do Poder Legislativo”. Apontou, ainda, que “permitir ou legalizar” o porte de drogas para uso pessoal, os usuários iriam adquirir a droga com traficante “que pratica um crime gravíssimo equiparado a hediondo”. Essa última questão também esteve amplamente presente nos votos dos Ministros:

Pessoas pobres, negras, de baixa escolarização, em regra, deixam de receber do sistema de justiça o benefício da despenalização prevista na legislação e referendada pela jurisprudência deste Supremo Tribunal Federal. Esses cidadãos (e jurisdicionados) estão sendo encarcerados em massa; e o encarceramento indevido serve, muitas vezes, como porta de entrada para organizações e facções criminosas ligadas às drogas.

Diante desse cenário, o que fazer?

A mera descriminalização do porte de drogas para consumo, na minha visão, apresenta problemas jurídicos e ainda pode agravar a situação que enfrentamos nessa problemática do combate às drogas, que é dever constitucional, nos termos do art. 144, II, da Constituição da República.

Não tenho dúvida de que os usuários de drogas são vítimas do tráfico e das organizações criminosas ligadas à exploração ilícita dessas substâncias. Mas, se o Estado tem o dever de zelar pela saúde de todos, tal como previsto no art. 196, da Constituição da República, a descriminalização, ainda que parcial, das drogas poderá contribuir ainda mais para o agravamento desse problema de saúde pública. A ratio legis do art. 28 é justamente a de reduzir esses danos.

A lógica é que, com a descriminalização, o consumo de drogas aumente ainda mais – afora o fato de que a aquisição das substâncias junto a fornecedores ilegais, muitas vezes ligados a grupos ou facções criminosas, pode colocar em risco a própria vida do usuário. (Cristiano Zanin, voto, 24/08/2023, grifos do autor, sublinhados meus)

Cristiano Zanin e Dias Toffoli, apesar de terem negado provimento ao RE, reconheceram a repercussão deletéria da aplicação prática da LD, que culminou no encarceramento massivo de pessoas marginalizadas e racializadas, que passaram a ser enquadradas como traficantes. Mas, na visão deles, como na dos demais, aumentaria o poder do tráfico. Entretanto, a questão da “filtragem racial” sistemática do campo do controle do crime, não foi um ponto presente ou relevante na tomada de decisão de outros ministros:

⁷² Fonte:

<https://www.cartacapital.com.br/politica/supremo-x-congresso-a-opiniao-de-lula-sobre-quem-deveria-decidir-so-bre-o-porte-de-maconha-no-brasil/>

⁷³ Fonte:

<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/08/02/descriminalizacao-de-drogas-por-decisao-do-stf-e-eq-uvoco-grave-diz-pacheco>

Uma declaração de inconstitucionalidade do art. 28 da Lei 11.343/2006, sem a intervenção dos órgãos políticos incumbidos da tomada de decisões que envolvem saúde pública, segurança pública, combate ao crime organizado e o próprio mercado de venda e consumo, decerto irá incrementar o poder do narcotráfico, maior beneficiário do crescimento do consumo, – o qual, absolutamente, não pode ser descrito, nos dias de hoje, como integrado principalmente por pretos e pobres. **O consumo de drogas, é importante que se diga, não tem classe nem cor.** (Luiz Fux, voto, 25/06/2024).

Indubitavelmente, o uso de drogas é um fenômeno presente em absolutamente todos os espaços sociais imagináveis. Qualquer argumentação ou discurso que ensinasse que o consumo de substâncias é majoritário em, ou restrito a, determinada classe ou grupo étnico seria simplesmente absurdo. Entretanto, há de se notar que a citada afirmação do Ministro foi feita em um contexto muito específico de um debate que estava sendo orientado pela discricionariedade de todo o campo do controle do crime, que culminou no encarceramento massivo de populações marginalizadas e racializadas. Assim, o argumento é mobilizado como forma de dizer: o objetivo da LD foi o de combater o tráfico e coibir o uso - premissa maior; uso esse que “não tem classe nem cor” - premissa menor; portanto, não há de se falar em desigualdade jurídica, se objetivo da lei é combater o tráfico e todos os usuários fortalecem o tráfico – conclusão. Não haveria, na perspectiva deles, relação entre o aumento do encarceramento por tráfico e a LD:

Por fim, não vislumbro, permissa venia, a existência de uma relação de causa e efeito – demonstrada empiricamente – entre o aumento da proporção de presos por tráfico de drogas, aí incluídas as prisões em flagrante, e a política antidrogas introduzida pela Lei n. 11.343/2002.

De fato, houve de 2007 até 2013 um aumento na proporção de presos por tráfico de drogas, realidade que coincide com o período de vigência da Lei n. 11.343/2002, consoante demonstrado no judicioso voto proferido pelo ministro Alexandre de Moraes. **Mas essa convergência não permite afirmar, conclusivamente, que tal aumento seja decorrente da política legislativa adotada. Como enfatizam os estatísticos, correlação não quer dizer causalidade.** (Nunes Marques, voto, 06/03/2024)

Para esses Ministros, em diálogo com alguns pareceres de órgãos internacionais, a medida de descriminalização resultaria no aumento do consumo de substâncias. Esse aumento, por sua vez, seria o responsável pelo incremento de uma série de problemas sociais. Como exemplo, Nunes Marques cita o caso do Oregon, estado dos EUA que, em 2020, descriminalizou o porte de todas as drogas, medida que foi revogada pouco mais de três anos depois:

Em Oregon, conquanto não se possa afirmar que haja efetiva relação de causalidade entre o aumento quase exponencial do número de mortes por overdose, além do aumento da criminalidade e de pessoas drogaditas, o contrário também não se confirmou. Ou seja, a descriminalização do uso de drogas

não resolveu, em absoluto, a crise de saúde pública. (Nunes Marques, voto, 06/03/2024, grifos meus)

Note-se que o próprio Ministro apresenta uma informação enfatizada na própria matéria à que se refere: não há confirmação de causalidade entre a medida e os problemas sociais presenciados no estado. O jogo com a “crença” em certas correlações é mobilizado arbitrariamente para fazer valer seu posicionamento. O Ministro não crê na correlação entre o aumento de prisões e a LD, mas abre espaço para dúvidas quanto à correlação –não demonstrada empiricamente– entre a descriminalização das drogas e o incremento de problemas sociais. Além disso, grande parte das mortes por overdose ocorridas em Oregon, segundo a matéria citada, estão associadas ao uso de opiáceos, que são drogas legalizadas no país. Esse ponto é relevante pois, com exceção de Dias Toffoli, os demais Ministros não referem os “perigos”, danos e problemas causados por substâncias legalizadas. Ao revés, desconsiderando o extremamente amplo uso recreativo do álcool na sociedade brasileira, André Mendonça afirma que:

É preciso enfatizar, digo eu, que não há qualquer benefício, não há qualquer glamour, não há qualquer ato de heroísmo rebelde ou romântico na decisão de fazer uso de drogas ilícitas. **A própria expressão “uso recreativo” é altamente enganosa. O fim dessa “recreação” é por todos conhecido: no mais das vezes doença, sofrimento, lágrimas e tristeza. Quem duvida disso pode conhecer as cracolândias espalhadas por todo o país.** Na letra da Legião Urbana de Renato Russo “parece cocaína, mas é só tristeza”. (André Mendonça, voto, 06/03/2024).

Em linhas gerais, os Ministros, com exceção de Zanin e Toffoli, evocam os “males causados pelas drogas ilícitas” para justificar seus posicionamentos. Como observado no trecho supracitado, o bloco “drogas ilícitas” geralmente toma de empréstimo situações problemáticas associadas ao consumo de diversas substâncias. Isso, no entanto, não significa que os Ministros não tenham embasado seus discursos nos “perigos” da maconha, especificamente. Na verdade, seus discursos são, em suma, estruturados sob a perspectiva do perigo das substâncias, tanto na esfera pessoal quanto social. Como forma de fortalecimento de seus discursos, pois, seus argumentos são embasados em discursos daqueles que seriam os legítimos detentores dos saberes sobre fármacos: médicos psiquiatras

André mendonça cita um estudo realizado por um conjunto de médicos que possuem doutorado e estão vinculados à universidades e centros de pesquisa, destacando alguns trechos:

Fumar maconha, transformar em alimentos ou cosméticos, como se fosse um produto qualquer, vai além do usuário, pode atingir a família e a sociedade. O número de crianças intoxicadas por ingestão acidental que chegam na emergência; os acidentes no trânsito; os adolescentes sob efeito da substância, expostos ao relacionamento sexual inseguro e como consequência, uma gravidez indesejada, ou a contaminação

por doenças sexualmente transmissíveis; a escalada para o uso de outras drogas de abuso; o envolvimento em situações de violência ou relacionamento abusivo; (trecho de pesquisa *in*: André Mendonça, voto, 06/03/2024)

Note-se, que grande parte dos problemas relatados poderiam ser associados a outras drogas, como o álcool por exemplo. É preciso não perder de vista que, sob uma perspectiva sócio histórica, o saber-poder médico-psiquiátrico sempre esteve profundamente imbricado no condenamento de certas substâncias no Brasil e no mundo (Escohotado, 1998; Ribeiro, 2013; Carvalho, 2011; Prado, 2023). Ao mesmo tempo, o trabalho desses especialistas é fundamento, justamente, na prescrição de certas drogas, que também apresentam uma série de efeitos deletérios e causam dependência (Whitaker, 2017). Além disso, esses grupos profissionais são marcadamente conservadores, tanto no que se refere à questão de drogas, quanto em políticas ligadas à movimentos antimanicomiais, como se apreende da nota publicada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP):

Para o CFM e a ABP, o consumo da maconha – **mesmo sob alegação "medicinal"** - representa riscos à saúde de forma individual e coletiva. Trata-se de droga que causa dependência gravíssima, com importantíssimos danos físicos e mentais [...]

Além disso, o consumo de drogas também contribui para a maior incidência de acidentes de trânsito, homicídios e suicídios, com redução no mundo e aumento no Brasil [...] ⁷⁴

Não entrarei no mérito da discussão sobre como a propagação do uso medicinal de maconha afeta e afronta diretamente o exercício psiquiátrico tradicional. Mas, assim como nos discursos dos ministros, o consumo de drogas é sempre associado a questões como acidentes de trânsito e violência. Mas há uma questão curiosa nessa mesma nota:

Não há experiência histórica ou evidência científica que mostre melhoria com a descriminalização de drogas ilícitas. Pelo contrário, **é nos países com maior rigor no enfrentamento às drogas que há diminuição do número de casos de dependência química e de violência relacionada ao consumo e tráfico dessas substâncias. No Brasil, um exemplo dessa abordagem é o combate ao tabagismo que caiu de um índice de consumo de 50%, na população em geral, para cerca de 10%.**

Como forma de justificar a necessidade de proibição da maconha, os órgãos citam uma política pública referente a uma droga legalizada. Em outro âmbito, referente à Resolução 487/23 do CNJ – que versa sobre a política antimanicomial do judiciário estabelecendo o fechamento de ETPCs – o CFM e ABP emitiram, junto a outras organizações, a seguinte nota:

⁷⁴ Fonte: <https://portal.cfm.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Nota-CFM-ABP.pdf>

Alerta urgente à sociedade brasileira

Faltam sete dias para, 5.800 criminosos (matadores em série, assassinos, pedófilos, latrocidias, dentre outros) sentenciados que cumprem penas em Hospitais Psiquiátricos de Custódia comecem a soltos se valendo do disposto na Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça. Esse documento é um perigo para a população brasileira, pois determina o fechamento desses Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e diz que todas essas pessoas (criminosos) voltariam para a sociedade e fariam tratamento junto com a comunidade, se assim, essas pessoas quiserem.⁷⁵

Ou seja, toda e qualquer política que se alinhe aos preceitos antimanicomiais parece ferir os interesses de médicos-psiquiatras. As instituições asilares são o *locus* de poder eminente da psiquiatria, elas, enquanto herança do sistema manicomial-asilar, mantêm a função simbólica de imposição de uma ordem racionalmente edificada, pelo fato de que, a partir dessas instituições exerce-se a função de dominação material (Almeida, 2023). A manutenção dos espaços de internação e as políticas proibicionistas são de interesse direto da psiquiatria: mantêm sua função de detentores legítimos do saber farmacológico ao passo que potencializa seu exercício de poder. Não é coincidência que dois dos psiquiatras citados pelos Ministros – Ronaldo Laranjeira e Arthur Guerra – por seus estudos e posicionamentos contrários às drogas sejam donos de clínicas particulares para o “tratamento” de usuários de drogas⁷⁶.

Mas, voltemos aos votos dos ministros. A questão da problemática envolvendo crianças e adolescentes é uma das tônicas que orientam o debate. Os Ministros partem do pressuposto que a medida de descriminalização faria com que a droga fosse amplamente propagada entre esse público. Além disso, incidem sob as mesmas questões presentes na nota do CFM e ABP, como aumento de acidentes de trânsito, da violência, e tantos outros elementos facilmente identificáveis nos discursos informados pelo estilo de pensamento social hegemônico a respeito das drogas. Assim, a criminalização da conduta de consumo pessoal seria responsável por proteger a sociedade, coibindo o consumo. Para os ministros, a legislação proibicionista é o que garantiria às famílias proteção de seus entes e de suas estruturas:

Fiquei bastante impressionado com os votos em sentido diverso, com a sensibilidade da tentativa de mudança do sistema carcerário. Mas há uma ótica que também vale a pena ser apreciada. Pensando na família brasileira pobre, são mais de 80% que se

⁷⁵ Fonte:

<https://portal.cfm.org.br/noticias/cfm-apoia-manifestacao-contra-fechamento-de-hospitais-de-custodia-e-tratamentos-psiquiaticos>

⁷⁶ https://www.clinicagressus.com.br/profissionais_perfil.php?id_tb_equipe=1 ;
<https://www.clinicaarthurguerra.com.br/novosite/>

preocupam com sua sobrevivência, se possuem ou não um emprego ou com o que vão comer. O nível de educação de pais e mães do Brasil, em se tratando de diálogo com os filhos sobre drogas, é quase inexistente. **A família não tem condição de dialogar, a escola já não tem mais, e o Estado não tem como socorrê-las. Na realidade, no dia a dia da família brasileira que possui um filho viciado ou um iniciático em droga, ainda que seja uma droga leve, o grande argumento, para aqueles que não têm a instrução que nós temos para dialogar com seus filhos, é que é ilícito: “Meu filho, não faça isso, porque isso é ilícito.” Esse é o único argumento que pais e mães pobres brasileiros têm.**

Sei que existem várias razões, e todas elas são boas. Sei que chegaremos a um bom termo e espero que a gente consiga ajudar o nosso país, mas, neste momento, **peço a mais respeitosa vênua a todos para manter com a família brasileira esse importante argumento.** (Nunes Marques, voto, 06/03/2024, grifos meus)

Por fim, é possível notar que os discursos dos ministros convergem em dois principais pontos: não seria uma atribuição do STF decidir a respeito da LD, sendo responsabilidade de outros poderes; a LD é constitucional pois o legislador já havia abolido a pena de prisão para a conduta. Dias Toffoli alinha-se aos demais ministros que negaram provimento ao recurso somente nesses pontos. Fora isso, o único ponto de coincidência entre o voto de Zanin e os de Mendonça, Marques e Fux é de que descriminalizando a droga sem regulamentar o resto da cadeia – produção, distribuição e venda – o poder do tráfico seria incrementado.

Podemos, pois, afirmar que os Ministros André Mendonça, Nunes Marques e Luiz Fux, foram os principais opositores – do ponto de vista discursivo e cognitivo – da decisão pela descriminalização. Assim sendo, as estruturas argumentativas dos votos são muito semelhantes, evocando pontos em comum. Em linhas gerais, não parecem se ater à discussão promovida pela maioria, sobre encarceramento massivo decorrente da LD, chegando, até mesmo, a invalidar as conclusões e dados empíricos sobre a questão. A figura do usuário de drogas só aparece em seus votos na descrição dos problemas que adquiriram pelo consumo. Quanto ao acesso a tratamentos de saúde e reinserção social, essas questões, para eles, parecem ter sido resolvidas pela legislação.

A principal tônica dos argumentos desses três ministros se dá em termos de “proteção social”. A maior parte de seus votos é composta pelos apontamentos dos malefícios que o uso de substâncias acarretaria aos usuários, à comunidade e, principalmente, à família. Situações muito semelhantes às tratadas ao longo da seção 5. Levando em consideração que a psiquiatria se constituiu em termos de defesa social, expondo o potencial criminoso das doenças mentais (Foucault, 2006), não é de se espantar que justamente no voto desses Ministros seja dada especial ênfase ao diálogo com esses profissionais.

O que parece haver é uma atualização das questões decorridas no século passado. Se, no início do século XX, os loucos eram percebidos como criminosos em potencial,

atualmente esse papel é relegado ao usuário de drogas. O uso de drogas é a nova face da loucura contemporânea, compreendido como precursor de comportamentos perigosos, violentos e deletérios. Isso justifica as constantes e variadas intervenções sobre essa população. Ao mesmo tempo, as substâncias, tidas como causadoras das mazelas sociais, devem ser perseguidas e reprimidas, assim como seus comerciantes. Mas, como há muito sabemos, a perseguição à substâncias emerge como prerrogativa de perseguição a grupos específicos, atrelados a seu consumo e comércio.

É curioso notar que tanto nos votos dos Ministros que deram provimento ao recurso, quanto dos que o negaram, haja uma iminente preocupação com a defesa social, com a manutenção de preceitos do Estado Democrático de Direito e com o sentido que a “lei” a “justiça” deva ter. Mas, enquanto o primeiro grupo busca “revelar o oculto” dos processamentos práticos da LD, influenciando sobre a alteração das regras do jogo; o segundo busca a manutenção do estado atual das coisas, pois crê que é assim que se pode defender a sociedade, a comunidade e as famílias. Nesse sentido, o objetivo da próxima seção é analisar o “cabo de guerra” entre os Ministros no que se refere a essa matéria.

6.3 “Droga é ruim, nós a condenamos”: o “cabo de guerra” entre os ministros e conclusões

Nas duas subseções anteriores buscou-se explorar em profundidade os votos dos Ministros do STF no julgamento em questão, bem como apresentar o quadro de mudanças que possibilitaram, de certa forma, a tomada de decisão pela Corte. Sinalizando as posições tomadas pelos agentes, os pontos peculiares de cada pronunciamento e os afastamentos e aproximações dos votos em cada “grupo”. Interessa, agora, discorrer sobre as disputas entre os grupos. A fim de evitar demasiado prolongamento e repetição, será evitado evocar a explanação sobre os votos, haja vista que isso foi feito anteriormente.

Em primeiro lugar, um dos eixos centrais de disputa entre os ministros é o que poderíamos chamar de “demarcação do campo”. Como demonstrado, um dos principais argumentos mobilizados na justificativa dos votos que negaram provimento ao RE, é que não seria competência do Supremo decidir sobre a descriminalização de drogas, o que representaria, nessa visão, uma invasão na seara dos outros poderes. Também os ministros que votaram pelo provimento do recurso apontaram que a palavra final sobre a definição do quantitativo para a diferenciação da tipificação da conduta deveria ficar a cargo do Legislativo, em diálogo com outros órgãos e entidades reguladoras que, para eles, estariam sendo omissos nesta matéria. O que para uns feriria os preceitos básicos do Estado Democrático de Direito – separação dos poderes –, para outros seria justamente a forma de fazer valer preceitos fundamentais, como a igualdade jurídica.

Por outro lado, é interessante notar que a “estratégia de combate” adotada pelo grupo que negou provimento ao recurso foi o de deslocar a disputa para fora da arena da/em disputa. Tendo em vista que as estratégias se definem pela escolha das soluções vencedoras, com o fito de agir sobre o adversário de tal forma que a “luta” lhe seja impossível (Foucault, 1995), ao defenderem que a questão não deveria ser tratada pelo Supremo, esse grupo objetivava tornar a disputa impossível, encerrando-a. Essa estratégia se potencializa, estando referendada na repercussão da questão em diversos espaços sociais, inclusive nos outros poderes, com vozes que ecoavam no mesmo sentido. A estratégia desse grupo é seguir o estilo de pensamento social hegemônico, focado no perigo que as drogas e seus usuários acarretaria para si, a sociedade e, principalmente, para as famílias.

Em contraponto, a principal estratégia adotada pelos Ministros que consideraram inconstitucional o art.28, era chamar a atenção para o que estava oculto: a “inversão jurídica” da legislação pelos agentes do campo do controle do crime, que incidiu em uma piora na

situação do usuários, massivamente encarcerados como se traficantes fossem. Assim, são evocados grandes contingentes de dados empíricos, pautando-se no diálogo com outros “doutrinadores”, pesquisadores das áreas de ciências humanas e sociais, como forma de fundamentar e perpetuar essa percepção. Reivindicam para o campo jurídico a responsabilidade de salvaguardar princípios do Estado Democrático de Direito que estariam sendo ofendidos pela forma atual de aplicação prática da LD.

Em segundo, emergem embates de um nexos “semântico”, mas de aplicações práticas, que se refere ao entendimento de “descriminalização”: para o grupo que deu provimento, a intenção do legislador seria a de descriminalizar a conduta – abolindo penas de prisão de liberdade –, dessa forma a decisão estaria em consonância a esses princípios; já para os concorrentes, “a descriminalização é, na prática, um passo no caminho para a completa legalização da droga” (André Mendonça, voto), o que resultaria em profundos efeitos deletérios para a sociedade. Alia-se a isso a disputa pelo sentido da própria legislação. O grupo que considerava constitucional o art.28 afirmava que a LD havia cumprido os desejos do legislador da ocasião de cuidado com o usuário, por ter abolido a pena de privação de liberdade. Já os ministros que consideravam esse artigo inconstitucional, buscaram “revelar o que estava oculto”: a lei não melhorou a situação do usuário, pois agora os usuários estão sendo presos como traficantes. Uma disputa, portanto, pelo próprio nexos de justiça. De um lado, a justiça estaria operando bem, prendendo comerciantes e defendendo a sociedade; de outro, não haveria justiça, pois a lei estaria sendo aplicada de forma desigual, sendo orientada por percepções subjetivas, que vem carregadas com prévias visões de mundo e preconceitos.

Nessa esteira, coloca-se, também, em disputa o próprio nexos de “defesa social”. Para os ministros que negaram provimento ao RE, a descriminalização aumentaria o consumo da droga, implicando o aumento de poder de grupos criminosos que detêm o monopólio da cadeia de produção e venda. Para eles, a criminalização é o que impediria as drogas de avançarem sobre as famílias, crianças e adolescentes, trazendo consecutiva dor e sofrimento. Já para o grupo adversário, justamente a criminalização seria responsável por efeitos deletérios: gerando o encarceramento massivo de uma parcela populacional, em sua maioria homens jovens e negros de periferia, estaria aumentando o poder das organizações criminosas, que cooptam esses jovens dentro de estabelecimentos prisionais; sendo que a política de “guerra às drogas” não foi capaz de refrear a expansão do mercado ilegal de intorpcentes, ao passo que incrementou o extermínio de uma parcela populacional, gerando altos custos sociais, morais e econômicos.

Como um último embate central, é possível citar as perspectivas dos Ministros em relação aos usuários de drogas. Nos discursos do grupo que se posicionou pelo não provimento do recurso, a figura do usuário aparece colocada quase em segundo plano. Parece haver uma preocupação maior em enunciar os malefícios da substância no plano individual, familiar, comunitário e social, nesses pronunciamentos, via de regra, as substâncias e o sofrimento das famílias tem lugar central. Mobilizam o posicionamento de *experts* da psiquiatria mais do que do direito ou de áreas correlatas. Nesse sentido, os usuários são tidos como doentes-criminosos, pessoas que perderam totalmente sua capacidade de agência para a substância. Aqui, os discursos pouco diferem de uma substância a outra, os usuários da maconha seriam “jovens desmotivados que não estudam e nem trabalham”, que através do uso perderiam sua autonomia se expondo, e expondo os outros, a uma série de riscos: dirigir sob o efeito da substância, relações sexuais “sem proteção”, etc. Esses argumentos são entrelaçados às consequências de outras drogas ilícitas, denotando que o consumo de qualquer substância leva à perda de si (Rose, 2013), por isso devem ser criminalizadas com o fito de evitar a procura, o consumo e o comércio.

Por outro lado, o grupo que votou pelo provimento do recurso, baseou seus discursos na figura do usuário, que estaria, injustamente, sendo encarcerado como traficante. Na percepção desses ministros, o usuário de drogas é lido dentro da categoria de “doente”, que requer ações estatais no sentido de cuidado. Aqui, também é acionado o “sofrimento das famílias”, mas é colocado, discursivamente, em segundo plano. Para esse grupo, a forma mais assertiva de lidar com o sofrimento, dos usuários e da família, seria inserir essa população efetivamente no campo da saúde. Mas vale ressaltar que, a todo momento, os ministros marcaram seu posicionamento “contra” as drogas, também explicitando seus efeitos deletérios:

Em nenhum momento, portanto, estamos legalizando ou dizendo que o consumo de drogas é uma coisa positiva. Pelo contrário, **estamos apenas deliberando a melhor forma de enfrentar essa epidemia que existe no Brasil e que as estratégias que temos adotado não estão funcionando, porque o consumo só faz aumentar e o poder do tráfico também. Esse é o primeiro ponto. Droga é ruim, nós a condenamos, e o Estado deve evitar o consumo.** (Luís Roberto BARroso, debate, 25/06/2024, grifos meus)

O que ocorre, aqui, é uma diferenciação quanto a consequência do consumo de diferentes drogas. O julgamento se iniciou com o pronunciamento do relator pela descriminalização de todas as drogas, mas foi rapidamente superado pelo voto dos outros ministros que, mesmo sendo a favor da descriminalização, percebiam outras drogas, como o crack, como elementos que levariam a “perda de si”, diferentemente da maconha. O crack

transformaria as pessoas em “corpos sem alma”, uma perda da alma é, por suposto, uma perda de si-mesmo. Assim, mesmo o relator, que se pronunciou pela descriminalização de todas as drogas, adere ao pensamento social hegemônico ao se tratar da substância que corrompe, que leva a perda de si mesmo:

Nós temos o usuário de drogas leves, que deve ser advertido, eventualmente, em diálogo com a família; nós temos usuários que podem precisar de internação. E por isso o sistema permite. Por isso, também, se faz, aqui, um apelo ao legislador para que se faça até a internação, tratamento, porque, claro, recentemente o Ministro Alexandre foi Relator de uma situação envolvendo pessoas na Cracolândia. Não era esse o objeto do debate, mas nós sabemos que pessoas se tornam usuários e completamente dependentes. (Gilmar Mendes, observação, 06/03/2024)

Ou seja, assim como observado na seção 5, parece imperar uma noção de que a recuperação de si mesmo, supostamente perdido pelo uso de drogas “pesadas”, só pode ser alcançada por meio das medidas de internação, submetendo o indivíduo ao jogo médico-psiquiátrico. No contraponto, a leitura feita a respeito da maconha não se atrela, na perspectiva desse grupo, a uma perda de si. Tanto o é, que na própria tese fixada, faz-se um apelo aos demais poderes para que avancem sobre o tema, estabelecendo uma política que não enfoque na estigmatização, mas “no engajamento dos usuários, especialmente dos dependentes, em um processo de **autocuidado** contínuo”. Como debatido na seção 4.1, a contemporaneidade pressupõe, espera e cobra dos indivíduos uma autogestão. Assim, a maconha seria considerada uma substância que, por mais que “afete” as pessoas, ainda possibilita espaços de autogestão e autoconsciência. O crack, droga de consumo e mercancia associadas a populações periféricas e racializadas, por outro lado, requer uma tutela mais assídua, seu “grande potencial destrutivo” justificaria intervenções latentes, pois esses indivíduos, ao perderem a si mesmos, representariam riscos à sociedade, seja na forma da segurança ou da saúde pública.

O “cabo de guerra”, nesta instância, não se perpetua em posições mais ou menos “democráticas”, mas pelo nexo do que significa defender preceitos do Estado Democrático de Direito. Mas, assim como observado nas disputas entre magistrados –seção 5 –, há disputas nos termos de “tutela do sujeito” ou “autonomia do sujeito”. As posições de provimento ao recurso entendem que o usuário de maconha pode ter autonomia e não pode ser criminalizado. Entretanto, o usuário de crack perderia sua condição de autonomia por ser “um corpo sem alma”, incapaz de conduzir a própria conduta. Há, portanto, um cabo de guerra para isentar o usuário de maconha e diferenciá-lo do de crack; ou, então, confundir e amalgamar as duas figuras. A expansão da extrema direita deslocou o espaço de discussão de autonomia de uso de todas as drogas – figurada pelo voto original do relator –, para uma

defesa bem mais limitada, restrita à maconha, que se manteve sendo condenada por esse grupo político sob a premissa de defesa da família.

7 Considerações Finais

A questão das drogas é, talvez, uma das mais polêmicas e controversas nas sociedades contemporâneas. O consumo de substâncias capazes de alterar os estados de consciência é algo inerente à experiência humana, atravessando nossa história desde seus primórdios. Mas, hoje, essa conduta é vista por grande parte das pessoas como algo imoral, condenável e perigoso, que precisaria ser duramente combatido a fim de garantir a ordem e a segurança e a saúde. Para essa finalidade, é despendido um inestimável montante de recursos humanos, sociais, simbólicos, materiais e financeiros. O resultado? O aumento constante na produção, comércio e consumo de drogas; rios de sangue derramado; encarceramento e extermínio massivo de populações racializadas e periféricas; avalanches de desinformação, adoecimento, dor e sofrimento.

A partir do século passado os EUA capitanearam a mobilização global pela perseguição de certas substâncias que, tendo seus efeitos negativos e deletérios associados a certas populações, possibilitou, e serviu como pretexto, para a sua perseguição. O Brasil, em confluência a essas ideias, rapidamente aderiu aos movimentos internacionais. Mas, seria um erro afirmar que o Brasil foi puramente influenciado pelos EUA. Na verdade, o Estado brasileiro foi um dos pioneiros em legislação sobre a proibição da maconha, detendo forte protagonismo internacional sobre a questão. Interessava, a esse grupo político, resolver a questão do negro liberto e os “males” que disso decorreria. A perseguição à maconha tornou-se, assim, a possibilidade de perseguir, isolar e determinar aqueles atrelados a seu consumo: justamente, os negros.

Os psiquiatras, que buscavam, no Brasil e no mundo, consolidar sua prática, pautando seu exercício em termos de defesa social, não tardaram a reivindicar para seu domínio a questão das drogas, causadoras de uma loucura prazerosa e um prazer que “enlouquece”. Assim, o uso de drogas foi transposto à seara das doenças mentais, justificando diversas formas de intervenção protagonizadas pelos profissionais desse campo, que vão desde o isolamento ao consumo de drogas consideradas legais. Historicamente, o uso de drogas é inserido em duas duas categorias, crime e doença, que fazem variar o tipo de intervenção e tutela que devem ser aplicadas aos usuários.

No Brasil, objetivou-se reinserir os usuários de drogas na esfera da saúde pela Lei nº 11.343/2006, a Lei de Drogas. Entretanto, por “brechas” deixadas na legislação, grande parcela dos usuários – pessoas pobres e racializadas – passou a ser considerada traficante e encarcerada num sistema de penas mais duras. Por outro lado, a atenção recebida em

serviços de saúde, por vezes, se traduz em internações involuntárias e compulsórias, operando como forma de isolamento desses indivíduos. Mas essa lei não prevê nenhum tipo de internação. Essas medidas são reguladas pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que objetivou estruturar as políticas de saúde mental no país, ligando-se a lutas e conquistas democráticas, com ideias de liberdade e cidadania, com foco na autonomia e inserção comunitária dos usuários de serviços de saúde mental. Mas, justamente essa lei é que estabelece e regula os tipos de internação: voluntária, por solicitação expressa do paciente; involuntária, que é feita a pedido dos familiares ou responsáveis; e compulsória, determinada por ordem judicial expedida por um magistrado –desde que atrelada à uma expressa recomendação médica.

Com a propagação do consumo de crack no território nacional, foi originada uma espécie de “pânico moral”, fomentado pelos debates públicos e pela mídia. A droga seria, no século XXI, a grande causadora de mazelas sociais como crime e violência, e seus usuários “perderiam a alma” para a substância, tornando-se um perigo para a saúde e segurança pública. Nesse cenário, tomam força discursos sobre a internação compulsória dessa população que, sendo doentes de uma doença perigosa, devem ser tirados de circulação e submetidos ao jugo dos médicos-psiquiatras, únicos capazes de “salvá-los” desse mal, recuperando o si mesmo perdido.

Ao analisar os acórdãos do TJSP sobre internações compulsórias de usuários de drogas, foi possível apreender o borramento de fronteiras profissionais entre os saberes-poderes que operam a medida: magistrados e médicos-psiquiatras. Ao passo que a decisão do magistrado sobre a internação deve ser baseada em um parecer médico, os primeiros também podem obrigar os segundos a cooperarem com as decisões, determinando a elaboração de laudos que atestem a necessidade da medida. As decisões que determinam a internação são, não raramente, embasadas também em certas descrições de comportamento dos usuários, de modo que as internações compulsórias serviriam como forma de neutralizar os perigos e riscos oferecidos por essa população ainda na virtualidade do ato.

Grande parte das internações por medida judicial são solicitadas pelas famílias, operando em uma espécie de “economia da esperança”, pretendendo que, com a internação, o ente querido “volte a ser ele mesmo”. Ao mesmo tempo, o acionamento da medida tem por objetivo neutralizar os poderes que o usuário exerce no interior da instituição familiar, perturbando sua ordem, incomodando ou preocupando os outros entes.

Há, entretanto, disputas internas entre os magistrados na definição do destino dos usuários de drogas. Se estabelece, entre eles, uma espécie de “cabo de guerra”, entre as posições que valorizam e se preocupam com a “autonomia dos sujeitos”, e aquelas que visam

instituir uma “tutela dos sujeitos”. Para fazer valer seus posicionamentos, os magistrados lançam mão de uma série de estratégias com o fito de alcançar a “vitória”. Assim, duas estratégias entram em enfrentamento: estratégias majoritárias, alinhadas ao fluxo de pensamento social hegemônico que busca a internação dos usuários; e estratégias minoritárias, que buscam se opor a essa visão de dominação jurídica dos sujeitos. As estratégias minoritárias, estando em desvantagem, necessitam se refinar e mobilizar o maior número de justificativas possíveis a fim de “convencer” os outros e conquistar a vitória no combate em campo. As estratégias majoritárias, por sua vez, precisam de poucas justificativas, visto que se passam como “naturais” e não como intencionalizadas. A relação entre os atores e campo, contudo, se apresenta, nessas disputas internas entre os agentes, em termos de fixidez. Na quase totalidade das vezes as estratégias majoritárias imperam, traduzindo-se na manutenção da lógica manicomial no campo jurídico.

Embates como esse também se dão no “nível mais alto” do campo jurídico, mas ao invés de disputarem o sentido das regras do jogo e suas aplicações, Ministros do STF disputam as próprias regras do jogo. Analisando os votos dos Ministros no julgamento do RE 635.659, sobre a descriminalização da conduta de consumo pessoal de maconha, foi possível apreender as estratégias empregadas pelos agentes na defesa de seus posicionamentos.

O grupo que negou provimento ao RE, considerando constitucional o art.28 da LD, embasava seu argumento no ponto de que não caberia à Corte decidir assuntos de outros Poderes. Seus discursos eram enfocados nos danos que as drogas proscritas causam no indivíduo, na família e na comunidade, aliando-se a profissionais da psiquiatria e ao estilo de pensamento social hegemônico. O usuário, aqui, aparece sob a forma de um potencial criminoso, que fortaleceria organizações criminosas, mas é relegado ao segundo plano nos discursos.

Em contrapartida, os discursos dos ministros que votaram pelo provimento do recurso entenderam que houve uma “inversão jurídica” na aplicação da LD. Ao invés de melhorar a situação dos usuários, inserindo-os na esfera da saúde, como preconizado pelo legislador, a partir da LD, os usuários – racializados e periféricos – estariam sendo presos como traficantes. Dessa forma, objetivavam “revelar o oculto” da LD na prática judicial. Para esse grupo, a LD propiciou mais mazelas que benefícios, fortalecendo organizações criminosas e desigualando juridicamente os indivíduos. O usuário, aqui, aparece na figura de doente, que precisa de atenção e cuidado na área da saúde. Mas, as perspectivas desses Ministros em relação aos usuários de crack, em contraponto à maconha, tendem a se alinhar ao estilo de pensamento social hegemônico. Assim, os usuários de crack “perderiam sua alma” em função

do consumo de substâncias, o que justificaria intervenções médicas por medidas de isolamento em relação a eles.

Há, ainda, outro ponto importante na orientação do debate dos Ministros. O julgamento, iniciado em 2015, foi interrompido pelo pedido de vista de Teori Zavascki, que faleceu sem pronunciar seu voto, sendo retomado em 2023 com o pronunciamento de seu substituto, Alexandre de Moraes. Nesse intervalo, inúmeras mudanças político-sociais entraram em curso e/ou se concretizaram no Brasil. Nesse sentido, o avanço da extrema direita impactou as condições de enunciação possíveis ao STF, tido como “vilão” dessa vertente política que considera haver uma “ditadura do judiciário no país”. Essa percepção, que tomou força após a tentativa de golpe de Estado e atos terroristas do 8 de janeiro de 2023, afetou o espaço de possibilidades da Corte. o relator do RE iniciou o julgamento, em 2015, propondo a descriminalização de todas as drogas, mas recuou para restringir apenas à maconha, reproduzindo discursos da “perda do *self*” e da necessidade de eminente tutela ao usuário de drogas, especialmente o crack, ao qual se admite o confinamento em instituições totais.

Com o término do estudo, foi possível constatar as potencialidades e limites do uso da linguagem de programação *Julia* nas pesquisas em ciências sociais. Apesar da necessidade de melhor desenvolvimento e aperfeiçoamento da ferramenta, ela se mostrou muito útil para a filtragem e seleção dos documentos a serem analisados qualitativamente. Além disso, o material empírico analisado foi de grande valia para a crítica de conceitos centrais deste trabalho, como “estratégia”, “campo” “cabo de guerra” e os processos de mudança social.

Em linhas gerais, todos os conceitos se exprimem como exercícios na busca por explicar mudanças e transformações no âmbito do Poder Judiciário e das formas de tratamento dispensadas à relação entre drogas e loucura, drogas e confinamento. A abordagem escolhida buscou se orientar pela perspectiva de observação da importância da mudança impulsionada por agentes, sem deixar de lado o fato de que esses agem e decidem de acordo com sua inserção em processos institucionais e relações de poder que estruturam sua conduta, suas atitudes, suas visões, preferências, condições de ação e avaliação de chances de sucesso. Assim, campo e estratégia orientam a leitura teórica, sendo ao mesmo tempo testados em seus limites na compreensão da atualidade das mudanças e do cabo de guerra que organiza essa disputa. Esse tema e todos os pontos subjacentes, contudo, requerem a continuidade dos estudos, que se dará através de futuros artigos e da pesquisa de doutorado que se inicia com o fim dessa fase.

Referências

- ADORNO, T.; HORKHEIMER, M. **Dialética do esclarecimento**: fragmentos Filosóficos 1947. São Paulo: Jorge Zahar, 1986.
- ALMEIDA, R. **A onda quebrada**: evangélicos e conservadorismos. Cadernos Pagu (50), 2019.
- ALMEIDA, O.R.F. **A loucura do isolamento**: As formas de prevenção e os impactos da COVID-19 no hospital psiquiátrico. Monografia (graduação), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos- SP. 2023
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.
- AMARANTE, P; NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios**. Ciências & Saúde Coletiva, 23 (6): 2067- 2074, 2018.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013
- ASSIS, A. D. **Louca América**: a luta por uma América Latina sem manicômios. Tese (doutorado)- Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2019
- BARREIRA, C. **Crimes por encomenda**: violência e pistolagem no cenário brasileiro, Rio de Janeiro, Relume Dumará Editora, 1999
- BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BASTOS, O. **The history of psychiatry and mental health in Brazil**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.46, n.9, p.473-475, 1997.
- BATISTA, N. **Política criminal com derramamento de sangue**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, São Paulo, ano 5, n. 5, p. 129-146, out./dez., 1997
- BARROS, A.B; MEDEIROS, J. Maconha, a planta do diabo. (in) **Fumo de Angola: canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. MacRae, E; Alves, W.C (Org.). Salvador: EDUFBA, 2016.
- BECKER, H.S. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar. 2008
- BECKER, H. S. **Segredos e truques da pesquisa**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2007
- BITTENCOURT, Ligia. **Do discurso jurídico à ordem médica**: os descaminhos do uso de drogas no Brasil. 1986. 121f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- BOBBIO, N. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Bertrand, Brasil, 2007

BOURDIEU, Pierre. **Sociologia geral: habitus e campo** - curso no Collège de France (1982-1983). 1. ed. São Paulo: Vozes, 2021

BOSI, A. **A escravidão entre dois liberalismos**. Artigos Assinados • Estud. av. 2 (3) • Dez 1988

BRANDÃO, G.S. **A criminalização das drogas no Brasil: uma genealogia do proibicionismo**. REVISTA DE DIREITO, VIÇOSA, V.09 N.02 2017 P.87-117. 2017

BRUNELLI COLLARES, R.N. **Internação Involuntária: uma nova perspectiva**. 2019. Disponível em: <https://febraci.org.br/wp-content/uploads/2020/10/InternacaoInvoluntaria-UmaNovaPerspectiva-RobertoBrunelli-30-07-2020.pdf>

CABRAL, S. B.; DAROSCI, M. **A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil: Uma análise a partir do ângulo normativo (1903-2019)**. III Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis- 13 a 14 de novembro de 2019

CAMPOS, M. S. **Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo**. Tese de Doutorado. 2015. Tese (doutorado em Sociologia). Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo

CARLINI, E.A. **A história da maconha no Brasil**. J Bras Psiquiatr, 55(4): 314-317, 2006

CASCUDO, L.C. **Prelúdio da Cachaça**. São Paulo: Global. 2006

CASTEL, R. Os médicos e os Juízes. In: FOUCAULT, M (Org). **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** um caso de parricídio no século XIX. Rio de Janeiro: Graal, 1977

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CASTEL, R. **As metamorfoses da Questão Social: uma crônica dos salários**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CARNEIRO, H. **Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas: história e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2005

CARNEIRO, H. **A fabricação do vício**. Anais do XIII Encontro Regional de História-Anpuh-MG, LPH-Revista de História, Departamento de História/ICHS/UFOP, Mariana-MG, nº 12, 2002, pp. 9-24.

CARNEIRO, H. **As plantas sagradas na história da América**. Varia História, n.32, jul. 2004

CARNEIRO, H. **Os psicodélicos ou enteógenos e a importância cultural das alucinações**. Platô: Drogas e política. v.5 n.5 set set. 2021. p. 09- 27. 2021

CARVALHO, J. C. **Uma história da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional**. Rio de Janeiro: UERJ, 2011. Trabalho apresentado no III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Realizado pelo Programa de Pós Graduação em História/UERJ de 17 a 21 de outubro de 2011.

CARVALHO, P; PIZA, H. **A história da loucura numa perspectiva marxista**. Dialektiké, v.1, 2016

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHEIBUB, W.B. **Práticas Disciplinares e uso de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea**. Psicologia: Ciência e Profissão v.26, p 548- 557. 2006

COELHO, G.T; SOUZA, P.V.S. **Uso de drogas e autonomia: limites jurídico-penais e bioéticos**. Revista Brasileira de Ciências Criminais (RBCCRIM) Vol.126, dez. 2016

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Brasil: itinerários jurídicos e portas de saída**. Brasília: CNJ, 2024.

COURTWRIGHT, D.T. A Century of American Narcotic Policy. *In*: Gerstein DR, Harwood HJ, editors. **Treating Drug Problems: Volume 2: Commissioned Papers on Historical, Institutional, and Economic Contexts of Drug Treatment**. Washington (DC): National Academies Press (US); 1992

COSTA, R.C. **Direitos humanos como base para a política internacional de drogas**. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito, 2019

COSTA, P.H.O. **Marx sobre a loucura**. Revista Dialectus. n.26. Julho-Agosto 2022

DAHL, R. **A Poliarquia: Participação e Oposição**, São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**. Teoria modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003

DINIZ, I. T. P. C. **A interface entre os saberes jurídico e psiquiátrico acerca da internação compulsória de usuários de crack no Rio de Janeiro e região metropolitana entre 2010 e 2015**. 2018. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

ESCOHOTADO, A. **História general de las drogas**. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1998.

FARIAS, W; SONIM, D. **O Capa-Branca: de funcionário a paciente de um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil**. São Paulo. Terceiro Nome. 2014

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante. 2017

FIGUEIRÊDO, M; DELEVATI, D; TAVARES, Marcelo. **Entre Loucos e Manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil**. Cadernos de graduação: Ciências humanas e sociais. Maceió. v. 2. n.2. p. 121-136. Nov. 2014

FOUCAULT, M. **A sociedade punitiva**. São Paulo: MEDIAfashion: Folha de S.Paulo, 2021.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M.. **Estratégia, poder-saber.** Ditos e escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003 p. 203-222.

FOUCAULT, M. **De espaços outros.** Estudos Avançados 27 (79), 2013.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade clássica.** 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Os anormais:** curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico:** Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir.** 42.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população:** curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica:** curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b

FOUCAULT, M. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** um caso de parricídio no século XIX. Rio de Janeiro: Graal, 1977

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 13 ed. Rio de Janeiro: Graal. 1998

FORNAZARI C, CANFIELD M, LARANJEIRA R. **Real world evidence in involuntary psychiatric hospitalizations:** 64,685 cases. Braz J Psychiatry. 2022

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil.** Celso Furtado 27 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional: Publifolha, 2000

FRANCO, T. M. **“O comprimido entra e o chip sai”:** uma análise etnográfica da medicalização da periculosidade em um manicômio judiciário. Campos v.19 n.2 2018

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017

GARCIA, E. **O Poder Psiquiátrico em Foucault:** o caso Damião Ximenes. Filogênese. Marília. Volume 9, p 76- 87, 2016.

GARLAND, D. **A Cultura do Controle:** Crime e ordem social na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

GOMES, R.M. **A comunidade terapêutica no Brasil:** práticas, saberes, mitos e ritos. Tese (doutorado) Universidade Estadual Paulista (UNESP). Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2022.

- GRECO FILHO, V. **Tóxicos, prevenção, repressão**. Rio de Janeiro; Saraiva, 13^aed. 2009.
- GUIMARÃES, T. A. A.; SANTOS, R. L. C. dos. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019**: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, v.21, n. 44, p.111-138, 2019.
- HART, C. **Drogas para adultos**. Zahar, 2021.
- HARVEY, C; RUOMEI, Y; MUELLER, F; MACLEAN, M. **Bourdieu, strategy and the field of power**. *Critical Perspectives on Accounting* , 73, 2020
- HENNINGER, A; SUNG, H.E. History of Substance Abuse Treatment. *In*: BRUINSMA, G; WEISBURD, D (Orgs). **Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice**. Springer. 2014 pp. 2257-2269
- HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995
- IGNATOWSKI, T.S. **Elementos para uma genealogia das comunidades terapêuticas brasileiras**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGSD.2019.m.10175149763>
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil do processado e produção de provas em ações criminais por tráfico de drogas**: relatório analítico nacional dos tribunais estaduais de justiça comum. Brasília: Ipea, 2023
- JACOB, A.S. **A Marcha da Maconha como Movimento Social**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas). Universidade Federal de Juiz de Fora.
- JESUS, M. G. M. **'O que está no mundo não está nos autos'**: a construção da verdade jurídica nos processos criminais de tráfico de drogas. 2016. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.8.2016.tde-03112016-162557. Acesso em: 2025-02-07.
- JUNIOR, C. A.C.C; ARAÚJO, E.T. **Internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas**: instrumento legal de políticas públicas para garantia ou violação de direitos humanos? *Interfaces Científicas - Direito* • Aracaju • V.4 • N.2 • p. 55 - 68 • Fev. 2016
- KANT DE LIMA, R. **Sensibilidades jurídicas, saber e poder**: bases culturais de alguns aspectos do direito brasileiro em uma perspectiva comparada. *Anuário Antropológico [Online]*, v.35 n.2 | 2010
- KAZAHAYA, Daniel; OLIVERI, Rodolfo; TÓFOLI, Luís Fernando (2023) **Teonanácatl: pode um cogumelo psicodélico interessar ao psicanalista?** *Lacuna: uma revista de psicanálise*, São Paulo, n. -14, p. 3, 2023. Disponível em: <https://revistalacuna.com/2022/12/08/n-14-03/>
- KELLING, G.F. **Fixing broken windows**: restoring order and reducing crime in our communities. Touchstone: New York 1996

LARANJEIRA R; Sakiyama H; Padin MFR.; MADRUGA CS; MITSUSHIR S. **Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos (LENAD Família) São Paulo**: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas-Universidade Federal de São Paulo (INPAD- UNIFESP) [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://inpad.org.br/lenad>

LAVAL, C. **Foucault, Bourdieu e a questão neoliberal**. São Paulo: Elefante. 2020

LIU, Sida (2018). **Bounderies and professions: Toward a processual theory of action**. Journal of Professions and Organization, Volume 5, Issue 1, March 2018, Pages 45–57.

LUIZ, F. **Poder e história: o conceito de estratégia em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado) -Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Marília, 2021.

MACHADO, L. Z. Ética em pesquisa biomédica e antropológica: semelhanças, contradições, complementaridade. In: GUILHEM, D.; ZICKER, F. (Ed). **Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios**. Brasília: LetrasLivres, Editora Universidade de Brasília, 2007. p. 119-142.

MACRAE, E. Cannabis, Racismo, Resistência Cultural e Espiritualidade. In: **Fumo de Angola: canabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade**. MacRae, E; Alves, W.C (Org.). Salvador: EDUFBA, 2016.

MACRAE, E. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, B.C *et al* (org). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

MALAGUTI, V. **Drogas e criminalização da juventude pobre no Rio de Janeiro**. Revista Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade. n. 2. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1996.

MARTINEZ, S.T; ALMEIDA, M.R; PINTO, A.C. **Alucinógenos naturais: um voo da Europa medieval ao Brasil**. Quim. Nova, Vol. 32, No. 9, 2501-2507, 2009

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Volume 1, Tomo 1. Editora Nova Cultural. São Paulo: 1996

MARX, K. **The Increase of Lunacy in Great Britain**. New-York Daily Tribune, New York, August 20, 1858a. Disponível em <https://www.marxists.org/archive/marx/works/1858/08/20.htm>

MARX, Karl. **Imprisonment of Lady Bulwer-Lytton**. New-York Daily Tribune, New York, August 4, 1858b. Disponível em <http://marxengels.public-archive.net/en/ME1074en.html>

MAX, R; DANZIATO, L. **Drogas, biopolítica e subjetividade: interfaces entre psicanálise e genealogia**. Revista Subjetividades, Fortaleza, 15(3): 417-427, dezembro., 2015

MAY, T. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

MINTZ, S. W. **Sweetness and power**: the place of sugar in modern history. New York: Viking Penguin, 1985

NAPOLIÃO, P; CASTRO, G. **Imposição da fé como política pública**: comunidades terapêuticas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CESeC, 2022.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro**: processo de um racismo mascarado. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.

NOVAES, P. S. **O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. v. 17, no2, 2014

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. **O Início da assistência dos alienados no Brasil ou a importância e necessidade de se estudar a história da psiquiatria**. Revista Latino-americana de psicopatologia fundamental. Ano VIII. N1. Mar/2004. 128-141

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005

PEDRINHA, R. D. **Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil**: elementos para uma reflexão crítica. XVII Encontro Preparatório para o Congresso Nacional do CONPEDI - Salvador: 19,20 e 21 de junho de 2008.

PERALVA, A. **Violência e democracia**: O paradoxo brasileiro. Paz e Terra: 2001.

PERRONE, P.A.K. **A comunidade terapêutica para a recuperação do álcool e outras drogas no Brasil**: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):569-580, 2014

PITTA, Ana M. F. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira**: instituições, atores e políticas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4.579-4.589, 2011

PORTOCARRERO, V.. **Arquivos da loucura**. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Editora Fiocruz. 1994

PRADO, G.A.S. **Paradigma manicomial e proibicionismo como operadores da guerra de Raças no Brasil**. Psicologia: Ciência e Profissão v. 43, e244329, 1-17. 2023

PRECIADO, P.B. **Testo Junkie**: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica N-1 edições, 2018

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In TUNDIS S. A; COSTA N. R.(Orgs.), **Políticas de saúde mental no Brasil**. Vozes 1990

RIBEIRO, M.M. **Drogas e redução de danos**: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Saraiva, 2013.

RIBEIRO, G. G; SILVA, G. B; HOLANDA, A. F. **Legislação em saúde mental no Brasil (1966-2001)**: Trajeto das campanhas de saúde às reformas na assistência. *Pluralidades em Saúde Mental*, Curitiba, v.6, n.1, p. 13-30, jun/jul. 2017

RODRIGUES, T. **Drogas e liberação**: enunciadores insuportáveis. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 03, 2004a

RODRIGUES, T. **Infundável guerra americana**; Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. *São Paulo em Perspectiva*, 16(2), 2002, pp. 102-111.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas américas**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2004b

ROMANINI, M; ROSO, A. **Mídia e crack**: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicol Cienc Prof.* 2012; 32(1):82-97.

ROSE, N. **Government and Control**, volume 40, Issue 2, March 2000, Pages 321–339, <https://doi.org/10.1093/bjc/40.2.321>

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus, 2013

ROSENBERG, C.E. **The care of strangers**: the rise of America's hospital system. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1995

SAAD, L. **“Fumo de Negro”**: A criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: EDUFBA. 2019

Silva LLSV, Silva JL, Cruz MGS, Persequino MG, Horta ALM. **Family members seeking compulsory hospitalization for drug-using members**: profile, expectations and needs. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(4):e20201110. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1110>

SILVA, C.C.R. **Aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga**: medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS*; Rio de Janeiro – RJ, Vol.4, nº 1, jan-jun de 2013

SAMPAIO, Mariá L.; BISPO JÚNIOR, José P. **Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização**: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/ 1981-7746-sol00313

SANTOS, S.D.M. **As propagandas de medicamentos na história e os processos de medicalização e patologização da vida**. *Linha Mestra*, n.30, p.1262-1266, set-dez. 2016

SCHIVELBUSH, W. **Tastes of paradises**. New York: Vintage Books, 1993.

SCHUMAN, L. V; MARTINS, H. V. **A psicologia e o discurso racial sobre o negro**: Do “objeto da ciência” ao sujeito político. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(spe), 172-185. 2017 <https://doi.org/10.1590/1982-3703130002017>

SINHORETTO, J; ZILLI, L.F; COUTO, V.A. **Prisões em flagrante por crimes de drogas**: análise da questão racial em duas metrópoles brasileiras. Rev. Sociedade e Estado. Vol.39, N.2, 2024

SINHORETTO, J. **Campo estatal de administração de conflitos**: múltiplas intensidades de justiça. Anuário Antropológico. v. 2009, p.109 - 123, 2010

SOUZA, T.P. **O nascimento da biopolítica de drogas e a arte liberal de governar**. Fractal, Rev. Psicol., v.26 - n.3, p. 979-998, Set./Dez. 2014

STARHAWK. **Dreaming the dark**: magic, sex e politics. Boston: Beacon Press,

TINOCO, R. **Comunidades Terapêuticas livres de drogas** – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. Revista toxicodependências. Porto: Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências, 2006, v. 12, n. 01, pp. 21-30.

TORCATO, C. E. M. **A história das drogas e sua proibição no Brasil**: da Colônia à República. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo, 2016.

TRUONG, A.H; MAGUIRE, G.E; MAGUIRE, G.A. **A history of psychiatry in the United States of America**. Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei) 2020; 34: 59-66

VALOIS, L. C. **O direito penal da guerra às drogas**. Belo Horizonte: Editora D'Plácido, 2016.

VALOIS, L.C. O direito à prova violado nos processos de tráfico de entorpecentes. *In*: SHECAIRA, S. S. (Org). **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014

VARELLA, D. **Estação Carandiru**. 1.ed São Paulo: Companhia das Letras, 2005

VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. *In*: LABATE, B.C *et al* (org). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008

VARGAS, E. V. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. *In*: DUARTE, L. F. D; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998

VASCONCELOS, E.M. **Karl Marx e a subjetividade humana**: balanço de contribuições e questões para debate. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2010

VASCONCELOS, M.P.N; PAIVA, F.S; VECCHIA, M.D. **O cuidado aos Usuários de Drogas**: entre a normatização e a negação da Autonomia. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 11(2), 2018

VIEIRA, F.B. **Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica num hospital público**. *In*: FLEISCHER, S.; SHUCH, P. (Orgs.). Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília: Letras Vivas, 2010.p. 127-140

WHITE, W.L. **Slaying the dragon**: the history of addiction treatment and recovery in America. Bloomington: Chestnut Health Systems. 1998

Anexo A- código transcrição arquivos PDF em TXT

```

using PDFIO
using StripRTF
using Dagger
function getPDFText(src, out)
    doc = pdDocOpen(src)

    docinfo = pdDocGetInfo(doc)
    open(out, "w") do io

        npage = pdDocGetPageCount(doc)

        for i=1:npage

            page = pdDocGetPage(doc, i)

            pdPageExtractText(io, page)

        end
    end
    pdDocClose(doc)
end

function transcript(src, num)
    mkdir(src * "/transc")
    for n in 1:num
        src_file = src * "/" * "$n.pdf"
        out_file = src * "/transc/" * "$n"
        println("Processando: ", src_file, " -> ", out_file) # Debug
        Dagger.@spawn getPDFText(src_file, out_file)
    end
end

println("Insira o nome da pasta que contem a base")
src = readline()
println("Insira o numero de arquivos PDF contidos")
num = readline()
num = parse{Int64}(num)
transcript(src, num)

```

Anexo B- código para a busca de termos

```
function filterspc(s::String)
```

```
    ind = []
```

```
    i = 1
```

```
    while i != lastindex(s)
```

```
        push!(ind, i)
```

```
        i = nextind(s, i)
```

```
    end
```

```
    push!(ind, lastindex(s))
```

```
    return join(map(x-> isspace(s[x]) ? "" : s[x], ind))
```

```
end
```

```
function class(src::String, num::Int64, classificador::String)
```

```
    cnt = 0
```

```
    termos = []
```

```
    caminho = []
```

```
    open(classificador) do f
```

```
        # read till end of file
```

```
        while ! eof(f)
```

```
            # read a new / next line for every iteration
```

```
            s = readline(f)
```

```
            parsdirn = replace(s, "/" => ' ')
```

```
            if !isdir(src * "/" * parsdirn)
```

```
                mkdir(src * "/" * parsdirn)
```

```
            end
```

```
            push!(termos, uppercase(filterspc(s)))
```

```
            push!(caminho, src * "/" * parsdirn)
```

```
        end
```

```
    end
```

```
    for n in 1:num
```

```
        s = open(src * "/" * ("($n)")) do file
```

```
            read(file, String)
```

```
        end
```

```
        flag::Bool = false
```

```
        cnt = 0
```

```
        s = filterspc(s)
```

```
        for (loc, termo) in enumerate(termos)
```

```
            if occursin(termo, uppercase(s))
```

```
                println("Arquivo ($n) contem o termo $termo")
```

```
                cp(src * "/" * "($n)", caminho[loc] * "/" * "$n"; force=true)
```

```
            end
```

```
        end
```

```
    end
end

println("Insira o nome da pasta que contem a base de txt")
src = readline()
println("Insira o numero de arquivos contidos")
num = readline()
num = parse(Int64, num)
#=println("Insira o ano de inicio")
anoIn = readline()
anoIn = parse(Int64, anoIn)
println("Insira o ano final")
anoFim = readline()
anoFim = parse(Int64, anoFim)=#
println("Insira o caminho do arquivo classificador")
classificador = readline()
class(src, num,classificador)
@show src num classificador
```

Anexo C -Tópico guia (entrevistas com defensores)

(Questões condicionadas a certas respostas em vermelho)

Qual seu nome, idade e profissão?

-Onde cresceu e onde mora atualmente?

-Qual sua formação?

-Onde estudou?

- Durante sua formação, teve acesso a cursos ou disciplinas que tratassem sobre a questão de drogas? **Como a questão dos usuários foi abordada?**

- Quando começou a se interessar pela temática?

- Quais são suas principais referências para o estudo e compreensão da questão de uso de drogas?

- Participava de alguma militância/ativismo relacionada a questão?

- Qual sua trajetória profissional?

- Quais são suas atribuições atualmente?

-Seu trabalho está ligado de alguma forma à questão de drogas?

- Em seu trabalho, você tem contato com os usuários de drogas?

- Como se dá essa relação?

- O que você pensa do posicionamento da instituição e de outras do sistema de justiça em relação ao tema?

- O que você pensa sobre a atual política de drogas?

- Qual sua opinião sobre as formas de tratamentos ofertadas aos usuários de drogas?

- Como funcionam os mecanismos de internações compulsórias e involuntárias em seu estado?

- Você lida com essas questões de alguma forma?

- Nesse ano, houve a retomada da votação da RE 635659, sobre a descriminalização das drogas, pelo STF, o que você pensa sobre essa proposta?

- Como vê a resposta do executivo ao julgamento?

- Poderia me contar algum caso emblemático ou atuação profissional marcante na área de drogas?