

O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular

Dênis Roberto da Silva Petuco*

Sou sociólogo e militante da Luta Antimanicomial. Foi por ser militante da Luta Antimanicomial, e por ser educador popular, que me tornei redutor de danos. Não foi por ser militante do movimento de luta contra a Aids. Talvez nem todo mundo aqui saiba por que isto é algo interessante (trabalhar com Redução de Danos e não ser militante do movimento de luta contra a Aids). Para quem já se aproximou da Redução de Danos através da Saúde Mental, pode ser estranho. De qualquer modo, acabei me tornando militante do movimento de luta contra a Aids depois; minha aproximação com a Redução de Danos deu-se, efetivamente, por ser educador popular e por ser militante da Luta Antimanicomial. E eu percebo uma coisa: a grande contribuição que nós, educadores populares e sociólogos, temos a dar para problemática do uso indevido de drogas, do uso problemático, uso abusivo, ou seja lá que nome nós vamos dar para isso, é justamente os nossos saberes da Educação Popular e das Ciências Sociais.

Gostaria de contar uma pequena história antes de irmos para os pontos que eu quero abordar na fala de hoje. Sou gaúcho de Porto Alegre, morando há pouco tempo na Paraíba. Cheguei lá para fazer mestrado em Educação, linha de pesquisas sobre Educação Popular, trabalhando com discursos de usuários de drogas em campanhas de prevenção na mídia. E cheguei precisando encontrar trabalho também! Foi quando fiquei sabendo de um concurso para professor de Sociologia da Saúde no curso de Psicologia de uma importante universidade paraibana. Pensei: “Vou participar desta seleção, para dar aula de Sociologia da Saúde a futuros psicólogos. Massa!”. Desde o início de minha formação como cientista social, eu sempre busquei o diálogo com o campo da Saúde Coletiva, com a história do SUS no Brasil, com todo movimento de Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial. Pensei: “Está para mim! Vamos ver a lista de livros”.

* Cientista social pela UFRGS, mestrando em Educação pela UFPB. Educador popular e redutor de danos, trabalha nos CAPSad Primavera, em Cabedelo, PB. É consultor do Plano de Ações Sociais Integradas de Enfrentamento aos Problemas Decorrentes do Uso de Crack do Estado de Pernambuco.

Qual não foi a minha surpresa; dos cerca de 20 livros exigidos na prova, nenhum deles era de sociologia. Nem mesmo de Saúde Coletiva. Nada de Gastão Wagner, nada de Emerson Merhy, nada de Sérgio Arouca, nada de Michel Foucault, nada de Pierre Bourdieu. Nem Marx, Weber ou Durkheim. Todos os autores recomendados para a prova de seleção para professor de Sociologia da Saúde eram da Psicanálise, com exceção de um historiador! E eu me perguntava: “Eles querem um professor de Sociologia?”.

Achei que seria importante começar minha fala com esta história, já que sou um sociólogo convidado para um congresso de psicólogos e psicólogas. Mas, até que ponto essa diversidade é desejada? Até que ponto nós estamos realmente abertos a ouvir contribuições de outros lugares, de outros, domínios, de outros campos de saber? Nós queremos realmente dialogar com esses outros campos de saber, ou queremos apenas *dizer* que queremos dialogar? Porque, afinal de contas, é bonito dizer isso. Pega bem.

Uma das grandes contribuições da Educação Popular para uma reflexão sobre os problemas relacionados ao uso de drogas na contemporaneidade – e para a produção de políticas públicas voltadas às pessoas que estão sofrendo em função do uso de drogas -, é algo que não vai soar nem um pouco estranho para vocês, profissionais da área psi: trata-se da possibilidade de uma *escuta radical* do outro, essa possibilidade de um *acolhimento radical das diferenças*, de *uma escuta que está para além da normatividade*, uma escuta que realmente quer dialogar com a diversidade, e que não apenas diz isto por achar bonito. É princípio fundamental da Educação Popular, e para a grande maioria dos profissionais psi, esta abertura a uma *escuta radical*. E uma das coisas que tem chamado cada vez mais a minha atenção é justamente essa dimensão da fala das pessoas que usam drogas, especialmente nos serviços de saúde pública. Claro que muitas das coisas que vou dizer aqui também podem contribuir para a reflexão sobre nossas práticas no consultório privado, mas ainda assim, é com os serviços públicos que eu estou preocupado (o que por si só já é uma inversão, já que temos visto muitos profissionais psi – especialmente psicanalistas - cuja experiência resume-se ao ambiente privado, levando suas reflexões para o público, principalmente por meio de supervisões clínico-institucionais).

Discursos autorizados e discursos interditos

Existem dois discursos autorizados às pessoas que usam drogas. O primeiro é o discurso que eu tenho chamado de *desesperado* ou *derrotado*, das pessoas que não aguentam mais o uso, e que buscam ajuda de modo absolutamente subserviente, sem questionamentos. Deste, recordo de uma frase comum em ambientes de tratamento para pessoas que usam álcool e outras drogas: “Quem está se afogando não tem o direito de escolher a boia; deve pegar a primeira que aparecer”.

O segundo discurso autorizado a pessoas que usam álcool e outras drogas é aquele que eu tenho chamado de *heróico* ou *vitorioso*, das pessoas que superaram o uso de drogas, e que se apresentam como heróis. Destes, costuma-se dizer que são pessoas que estiveram no inferno, à beira da morte, mas que conseguiram retornar e agora possuem um testemunho muito importante para os outros, que ainda não conseguiram superar seus problemas com o uso de álcool e outras drogas.

Esta interdição dos discursos alternativos ao vitorioso e ao derrotado produz sérios efeitos na nossa escuta, e por consequência, no modo como se estruturam os serviços especializados a estas pessoas. Lembro de uma amiga que fazia residência em psiquiatria lá no Rio Grande do Sul. Uma vez, ela disse o seguinte: “Poxa, eu queria tanto poder cuidar de pessoas que usam drogas, mas eu não estou preparada para isso”. Eu perguntei por que, e ela respondeu: “O pessoal lá onde eu estou fazendo residência explica que é preciso ser muito esperto nessa clínica, porque o usuário de drogas é um manipulador. E como eu gosto de ter uma escuta mais acolhedora, mais desarmada, eu não posso trabalhar com as pessoas”.

Vejam que tipo de coisa é dita por aí: que profissionais com escuta acolhedora não podem trabalhar com pessoas que usam álcool e outras drogas, porque “estes perversos vão manipular você. É interessante que pensemos isso a partir das questões que acabei de trazer com respeito aos discursos autorizados e interditos. O ponto é: as pessoas que usam álcool e outras drogas não são imbecis, e sabem quais discursos são autorizados, e quais são interditos. Então, quando se diz que é preciso ter cuidado com a escuta que temos junto a pessoas que usam álcool e outras drogas (porque do

contrário eles vão nos manipular), estamos fechando nossa escuta, subtraindo das pessoas o espaço para que digam qualquer outra coisa diferente daquilo que esperamos ouvir.

Isso é muito comum em sala de aula também, e Paulo Freire sabia disso. Ele considerava como uma das tarefas do educador popular a criação de um espaço radical de acolhimento, um acolhimento que eu chamo de *incondicional*. Por quê? Porque se nós não fizermos isso, o educando vai nos dizer aquilo que ele acha que queremos ouvir. Por quê? *Porque ele quer ser acolhido!* E quando ele quer ser acolhido, ele vai nos trazer aquilo que ele acha que queremos ouvir. Ele não vai dizer nada que possa resultar em sua exclusão. E sabem do que mais? Normalmente aquilo que ele acha que nós queremos ouvir é realmente aquilo que nós queremos ouvir. Normalmente ele não está enganado.

Com as pessoas que usam drogas, é a mesma coisa.

Nossa escuta é determinada pelas perspectivas teóricas com que operamos. Não há nenhuma separação entre teoria e prática, já que nossa prática é teoria. E nossas teorias constroem-se a partir de conceitos, de palavras. Quais são as nossas palavras? Em 2007, o Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, junto com outros parceiros, organizou um seminário chamado “Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas”. Por que “outras palavras”? Porque precisamos de novas práticas, o que se torna muito difícil quando operamos com velhas ferramentas, com velhos conceitos. Nossas ferramentas de trabalho são os *conceitos*, as idéias, as palavras, as possibilidades de escuta. São a partir de conceitos, de ideias, que preparamos nossos ouvidos para a escuta. Precisamos de conceitos que ampliem nossa escuta! Então, outras palavras, outros conceitos, outras ideias, são fundamentais.

Mas, que palavras são fundamentais para nós, militantes da Luta Antimanicomial? E eu falo de propósito em “militantes da Luta Antimanicomial” e não “militantes da Reforma Psiquiátrica”, porque eu faço questão de não confundir as duas coisas. A Luta Antimanicomial sempre vai ser mais potente do que a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica é importante, uma conquista de todos nós, mas no limite, ela é um conjunto de leis escritas num

pedaço de papel, palavras produzidas pela potência da Luta Antimanicomial. A Reforma congela, em um determinado momento histórico, um conjunto de diretrizes. Mas a partir do momento que aquelas palavras deitaram no papel, o nosso pensamento militante já torna aquilo obsoleto.

Epidemia, dependência, sofrimento

Então, quais as nossas palavras? Quais os nossos conceitos? Quais as palavras a partir das quais pensamos o cuidado em qualquer serviço substitutivo, nas residências terapêuticas, nos CAPS's, no Acompanhamento Terapêutico, na Redução de Danos, em cada um desses espaços e destas práticas, quais são as nossas palavras? Que palavras nos são caras, não no sentido de valor monetário, mas no sentido de “queridas”? É a idéia de pensar o crack como uma *epidemia*, ou como um *problema social*. O que fala mais para nós? O que bate mais no nosso coração? A idéia de uma epidemia com seus cinturões sanitários, ou a idéia de uma problemática social? E mais: se vamos usar a ideia de epidemia para nos referirmos ao fenômeno do crack, que palavra vamos usar para nos referir ao uso de álcool, que atinge a maioria da população brasileira, repercutindo em problemas para cerca de 15% das pessoas que bebem?

Que palavras fazem mais sentido para nós? É a idéia do uso de drogas como algo que pode concorrer para o *sofrimento* das pessoas, ou a idéia de uma *dependência química*? Que tipo de clínica nós, que acreditamos numa atenção *psicossocial*, podemos oferecer para uma dependência *química*. Se fosse uma dependência só *química*, uma clínica *psicossocial* não teria nenhuma contribuição a dar. Mas nós sabemos muito bem que o sofrimento destas pessoas está para muito além do que poderia ser descrito pela noção de *dependência química*. E se não sabemos, deveríamos saber! A dimensão química é apenas um dos aspectos desta complexa problemática, nem de longe o mais importante.

Claude Olievenstein nos diz da inseparabilidade entre droga, sujeito e contexto. No entanto, nós pegamos a droga, colocamos luz fosforescente em cima e esquecemos todo o resto, como se a droga fosse o único problema. E como a droga é o único problema, nós vamos chamar essa doença de uma

dependência química, como se o químico pudesse explicar todo o sofrimento pelo qual essas pessoas passam. Como se pudéssemos separar dos aspectos químicos das substâncias, seus aspectos jurídicos, históricos, culturais, bem como os mitos e preconceitos que constituem as drogas, tanto quanto a composição química de cada uma delas. E mais: como se estes aspectos químicos não fossem - também eles - determinados politicamente, como no caso do crack. Então, qual a palavra que bate para nós lutadores da luta antimanicomial? É a *dependência química* ou a dimensão de *sofrimento*? O que tem mais a ver com tudo o que nós pensamos, com tudo o que nós acreditamos, com tudo o que nós sentimos?

Toda clínica é política

O que soa mais coerente para nós: a idéia de uma clínica que tem por objetivo a *abstinência*, que determina o objetivo final do tratamento antes mesmo da pessoa entrar pela porta, ou é uma *clínica política*. O que bate mais no nosso coração? A ideia de que o único problema daquela pessoa é a droga que ela usa, ou a ideia de que ela está envolta em uma sinergia de vulnerabilidades na qual a droga é apenas mais um elemento? Para ilustrar o que estou dizendo, gostaria de contar uma história que ouvi dos amigos do Programa de Redução de Danos de Santa Maria, no Rio Grande do Sul: houve uma vez em que eles encontraram um usuário de cocaína injetável, e deixaram com ele algumas seringas limpas. Haviam se afastado pouco do local quando perceberam a chegada de policiais que destruíram o material esterilizado que eles haviam entregado, além de agredirem o rapaz física e verbalmente. Cabe aqui a pergunta: que tipo de clínica poderia acolher o sofrimento deste rapaz? Uma clínica que vê o uso de droga como único problema poderia dar conta do que está ocorrendo neste caso? Ou será que temos aqui um típico exemplo de sofrimento produzido pela ação de agentes do Estado, orientados por um conjunto de opções em termos de políticas de drogas? E quando falamos de mães que tiveram seus filhos assassinados na estúpida guerra às drogas? O problema pode mesmo ser resumido na droga?

Lembro o exemplo do Grupo Tortura Nunca Mais. Preocupados com o sofrimento de pessoas que passaram pelo inferno da tortura nos anos de

chumbo da Ditadura Militar, eles imaginaram um trabalho psicoterápico que pudesse contribuir para diminuir o sofrimento daquelas pessoas. Perceberam que a escuta psicológica tradicional, por mais importante que fosse, não conseguiria dar conta de todas as múltiplas dimensões de sofrimento vividas por aquelas pessoas que tinham sido torturadas, ou que perderam seus familiares para as forças de repressão. Começaram a perceber que para além daquela escuta, eles precisariam contribuir também para a mobilização das pessoas, incentivando-as, por exemplo, a lutar pelo reconhecimento dos crimes por parte do Estado. Clínica e política, ao mesmo tempo!

Há uma clínica política em se tratando de pessoas que usam álcool e outras drogas? Uma clínica que parte do pressuposto de que essas pessoas são criminosas, por exemplo, já seria uma clínica política; afinal, é uma opção política, tomar as pessoas que usam drogas tornadas ilícitas como criminosas, ou como vítimas de um construto jurídico-institucional. De um modo ou de outro, toda clínica é política. No DSM-IV, um dos fatores que define o diagnóstico para transtorno por uso de substância é o envolvimento com a lei. Ou seja: diante de eventuais modificações nas leis de drogas num sentido descriminalizante, veremos uma decisão política incidir sobre o diagnóstico!

Há mais exemplos de clínica política associada ao uso de drogas. Lembro dos casos em que existe uma determinação de “tratamento” compulsório, algo que foi abolido na lei brasileira sobre drogas sancionada em 2006, mas que persiste entre nós. Trata-se de uma clínica política? Claro que sim! A opção por abordagens que investem em autonomia e cuidado é tão política quanto aquelas que investem em disciplinamento e controle, e cada uma das opções tem suas técnicas, suas dinâmicas, seus “procedimentos”, levadas a cabo por bons ou maus profissionais. Portanto, não é de técnica que estamos falando, mas de política!

Acredito em uma clínica que toma partido. Penso, por exemplo, que qualquer dispositivo de criminalização do uso de drogas é algo arbitrário, e deve ser considerado como fator de vulnerabilidade. As prisões por uso de drogas são prisões políticas, que não contribuíram para melhorar a saúde e diminuir o sofrimento das pessoas durante todos estes anos. Uma pessoa que usa crack pode ter problemas com sua saúde. Trata-se de uma possibilidade,

já que uma parcela importante das pessoas que usam crack faz um uso abusivo. Pois estas pessoas, diante de uma legislação proibitiva, passam a ter dois problemas: um é o problema com a saúde; outro é o problema com a lei. A lei, que teria por objetivo diminuir vulnerabilidades e melhorar a vida das pessoas, neste caso, amplia vulnerabilidades.

Acolhimento ou alta exigência?

Ainda pensando em palavras caras, penso no *acolhimento* em oposição à ideia de *alta exigência*. Com que noções nós temos mais afinidades? Com uma clínica exigente, disciplinadora, ou com uma clínica do acolhimento incondicional? Desde o início de sua constituição, uma das formas de definir a Redução de Danos é dizê-la uma abordagem de “baixa exigência”. Em resumo, evita-se ao máximo os obstáculos para inclusão do sujeito nas redes de cuidado, e busca-se facilitar seu ingresso nos programas e serviços de saúde, seu acesso às políticas públicas.

Acolher diz respeito à nossa capacidade de aceitar as diferentes formas de ser e estar no mundo, à nossa abertura diante da diversidade. Diz respeito à nossa capacidade de abrir os ouvidos para além dos discursos autorizados descritos anteriormente, e também à nossa abertura ao outro, inclusive naquilo que nos mobiliza de modo negativo, que nos incomoda, que nos desestabiliza. E por mais que o óbvio seja por vezes maçante, é preciso que se diga: acolher é muito mais que uma sistematização da recepção no serviço (ainda que isto seja algo de extrema importância); trata-se de uma postura ética diante da vida, do trabalho, do cuidado.

Lembro de uma característica na prática de certos monges budistas no Japão. Todos os dias, eles deixam o templo e buscam a cidade, onde mendigam comida oferecendo suas tigelas vazias. A comunidade lhes oferece algo de comer, normalmente arroz. No entanto, orienta a prática que não se deve separar a carne do arroz. Ou seja: acolhe-se à realidade com tudo o que ela nos oferece. Não se pode acolher o arroz e deixar a carne oferecida na tigela, assim como não podemos acolher apenas algumas certas características das pessoas com que estamos construindo um itinerário de cuidado, desprezando outras.

Também é preciso que se diga: acolher incondicionalmente não significa ser permissivo, ou “passar a mão na cabeça”, como se costuma dizer por aí. Isto seria fazer vista grossa, realizando pactos silenciosos pouco construtivos. Paulo Freire oferece muitas lições sobre as dificuldades em se lidar com os limites entre *autoridade* e *autoritarismo*. Lembro a história sobre uma família amiga da sua, cujos filhos eram infernais. Freire se chocava com a passividade daqueles pais: não esperava que eles usassem de violência, mas também não entendia o silêncio conivente diante da óbvia inadequação do comportamento dos meninos. Acolher incondicionalmente inclui o acolhimento de situações limite, problematizando-as, convidando à reflexão franca, aberta, horizontal.

Não se pode confundir uma abordagem acolhedora com uma abordagem exigente. Principalmente em tempos de crack, quando nos deparamos com tantos jovens vivendo em situações de extrema vulnerabilidade social, amargando diferentes situações de abandono e negligência por longos anos, em proporção às suas curtas vidas. Que mais podemos exigir destes jovens? Antes de qualquer coisa, é preciso acolhê-los, construir vínculos, relações de confiança. Relações horizontais, dialógicas. Francas e abertas.

Políticas de drogas e democracia participativa

Gostaria de concluir trazendo algo que considero uma das grandes contribuições da Educação Popular à clínica com pessoas que usam drogas. Esta contribuição, considero-a útil, tanto à prática dos trabalhadores de saúde, quanto à produção de políticas públicas. Trata-se de toda uma categoria de ensinamentos, presentes não apenas em Paulo Freire, mas também em Boaventura de Sousa Santos, no sentido da “valorização dos saberes negligenciados”. Neste sentido, nada mais potente do que a Redução de Danos, que vai lá no lugar (no “miolo do bagulho”, como se diz no Rio Grande do Sul), que vai lá dentro dialogar com as pessoas, que vai ouvir as práticas de cuidado que estas próprias pessoas construíram, e que vai ajudar a turbinar essas práticas. Ou seja: não apenas uma escuta que acolhe o *sofrimento* (quando isto é fundamental), mas que busca acolher a *potência*.

Atrelado a este movimento, emerge a própria valorização do protagonismo, com o incentivo à participação política das pessoas que usam drogas. E quando eu falo de “participação política das pessoas que usam drogas”, eu não estou falando apenas de uma participação política autorizada, para pegar o gancho daquilo que eu tinha dito antes, com respeito aos discursos autorizados (o *derrotado* e o *vitorioso*). Quando falo de participação política, não estou me referindo apenas àquilo que uma amiga do Instituto Murialdo chamava de “protagonismo de hora marcada”, ou seja: da cidadania de “chapa branca”, que se adéqua aos ditames da etiqueta diplomática, que doura a pílula, que organiza sua discursividade aos salamaleques governamentais (ainda que a demarcação de espaço nestes territórios seja absolutamente fundamental, como no caso da participação na elaboração e fiscalização de políticas públicas de saúde). Este espaço, ainda que não esteja solidamente instituído, vem sendo construído em algumas instâncias. A política nacional de DST/Aids, por exemplo, construída pelo Ministério da Saúde ao longo de anos, tem historicamente se esforçado para garantir a participação de pessoas que usam drogas, ainda que este esforço tenha sido de maior ou menor intensidade em momentos diferentes. A maioria dos CAPSad, de diferentes maneiras, busca a participação dos usuários por meio de assembléias e outros dispositivos de participação direta na gestão do serviço. Poderíamos também pensar em alguns conselhos municipais e estaduais de políticas sobre drogas, que em alguns poucos casos respeitam o direito de participação de pessoas que usam drogas nas discussões e deliberações. Lembro do Conselho Municipal de Política sobre Álcool e outras Drogas, de Recife, que tem assento para a Se Liga - Associação de Usuários de Álcool e outras drogas de Pernambuco. No Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Entorpecentes também costumava ter espaço para um representante do segmento “usuários”.

No âmbito da definição de políticas públicas, como vemos, já existem pelo menos alguns espaços. No entanto, preciso dizer que isto, por mais importante que seja, não basta. No exato momento em que falo aqui, diversos coletivos organizados de pessoas que usam drogas estão tendo que lidar com

a proibição de “Marchas da Maconha” por todo o país¹. Ou seja: nós aceitamos um “protagonismo de hora marcada”, nos moldes daquilo que conseguimos suportar, mas não admitimos lidar com o movimento social em suas próprias dinâmicas. Isto – a autonomia dos movimentos sociais -, ainda é insuportável para setores da sociedade, cujos poderes são de tamanho somente igualável ao dos seus preconceitos.

Sobre isto, o movimento de luta contra a Aids nos traz um ensinamento, que devemos tomar, ressignificar e trazer para o campo do protagonismo político das pessoas que usam drogas. No início da epidemia de Aids, trabalhava-se com a noção de “grupo de risco”. Uma situação no mínimo curiosa: um dispositivo teórico para pensar o cuidado, que produzia estragos talvez tão grandes quanto o problema que pretendia atacar. Iatrogênico não? Ainda bem que o movimento de Aids conseguiu apontar o erro, e a noção de “grupo de risco” terminou substituída, inicialmente pela ideia de “comportamento de risco”, e por fim, pela noção de “vulnerabilidade”, tomada das Ciências Sociais. Neste processo, as populações que eram tidas como “grupo vítima preferencial” (para ficar com a expressão de Caetano Veloso), assumiram a posição de protagonistas, não mais como culpados, mas como atores centrais na elaboração de políticas para enfrentamento da Aids.

Neste íterim, o que passou a acontecer? Prostitutas, gays, travestis e outras populações antes estigmatizadas começam a trazer novas questões para debate. Vem o pessoal do movimento gay e diz: “beleza, a gente quer participar da elaboração das políticas de Aids, mas só isso não basta. A gente quer discutir união civil, homofobia, uma série de outras questões, porque nossas vulnerabilidades não se resumem à Aids, e somente a discussão de saúde não dá conta de nossa pauta”.

Precisamos avançar nesse sentido também com as pessoas que usam drogas. Coletivos organizados se reúnem em 14 cidades brasileiras, sem nenhum financiamento, apenas motivados por sua própria vontade, e dizem: “queremos ganhar as ruas para discutir as leis sobre maconha”. Diante deste movimento, a resposta da sociedade tem sido (se não em todas, ao menos em

¹ Esta fala foi realizada no dia 8 de maio de 2009. Naqueles dias, diversas Marchas da Maconha estavam sendo proibidas em diversas cidades do Brasil.

muitas das cidades): “Não, você não pode. Esse espaço público de discussão política, construído na luta contra a Ditadura Militar; esse espaço tão importante para a Luta Antimanicomial e para o movimento social que lutou pelo SUS; este espaço, você, usuário de drogas, não tem direito de usar”.

É este o recado que nós temos passado para estas pessoas, no momento que proibimos a Marcha da Maconha: “Você não tem o direito de discutir política”. Não podemos aceitar isso. Não podemos obrigar estas pessoas a discutirem do jeito que achamos mais bonito, mais civilizado, mais conveniente. Se o que eles têm para nos trazer é uma marcha em defesa da legalização da maconha, o máximo que a sociedade poderia fazer seria debater o assunto, posicionando-se contra ou a favor. Outros grupos de ativistas, dedicados a outras lutas, poderiam dizer que não se trata de pauta relevante, e mesmo que houvesse discordâncias, tudo isto estaria bem. Tensões administráveis no âmbito das regras de convivência estabelecidas em uma sociedade realmente democrática. A única coisa que não se poderia ter feito, é justamente o que se fez: calar a boca destas pessoas, submetendo-as à mordação. E tudo isto em tempos de paz e democracia.

Em Ciência Política, fala-se em duas dimensões da cidadania: uma dimensão *passiva*, cujo reconhecimento diz respeito aos direitos do cidadão, efetivados por meio de políticas públicas; uma dimensão *ativa*, cujo reconhecimento implica em respeito ao direito de livre organização e livre manifestação política. Em que pese a separação teórica, a história recente de nosso país demonstra que uma depende da outra. Em sua última entrevista, Paulo Freire falava de sua emoção diante das marchas promovidas pelo Movimento Nacional dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Dizia o mestre que aquela marcha comprovava o acerto de antigas teorias, que nos lembravam que as conquistas dos oprimidos sempre são precedidas de intensa mobilização e luta. Por outro lado, também está inscrito em nossa história recente, que quando se abre espaço para a participação popular na elaboração de políticas públicas, todos saem ganhando. Precisamos urgentemente admitir: na luta por melhores políticas para a questão, os preconceitos para com pessoas que usam drogas tem sido parte importante do problema, nunca das soluções.