



FACULDADE
**BAIANA DE
DIREITO**

**FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO**

ARTHUR HENRIQUE CERQUEIRA JOBIM SOARES

**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:
COMO ASSEGURAR GARANTIAS MÍNIMAS EM UM
CONTEXTO DE GUERRA ÀS DROGAS**

Salvador
2018

ARTHUR HENRIQUE CERQUEIRA JOBIM SOARES

**A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:
COMO ASSEGURAR GARANTIAS MÍNIMAS EM UM
CONTEXTO DE GUERRA ÀS DROGAS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Direito, Faculdade Baiana de Direito, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Daniel Nicory do Prado

Salvador
2018

TERMO DE APROVAÇÃO**ARTHUR HENRIQUE CERQUEIRA JOBIM SOARES****A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS:
COMO ASSEGURAR GARANTIAS MÍNIMAS EM UM
CONTEXTO DE GUERRA ÀS DROGAS**

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Direito,
Faculdade Baiana de Direito, pela seguinte banca examinadora:

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Nome: _____

Titulação e instituição: _____

Salvador, ____/____/ 2018

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer aos meus pais por todo o apoio fornecido durante todo o processo de elaboração e desenvolvimento do presente trabalho. À minha mãe, Marcia, agradeço ainda o suporte fornecido e pela paciência despendida durante esse período, pois você não só acompanhou todo o preparo do trabalho, como também se viu, inúmeras vezes, preocupada com as noites sem dormir, as entrevistas inacabáveis, e os prazos cada vez mais próximos que nos atormentava.

Aos meus amigos Redutores, Iago, Victor e Eugênia, agradeço pelas longas e recorrentes conversas acerca do tema, agradeço pelos diálogos e pelos conexões e imersões que esses me proporcionaram com a metodologia da R.D., e por me apresentarem essa forma de cuidado pensando no outro.

Aos meus entrevistados, Dr. Antonio Nery, Dr. Marcelo Andrade, Iago Lôbo e Marco Silva, agradeço pelo tempo disponibilizado, pelo conhecimento compartilhado, pelas histórias divididas, e pela inspiração proporcionada com o trabalho e vivência de vocês, é de pessoas como vocês, que não só pensam, não só militam, mas também agem, que o mundo precisa.

Agradeço também aos meus amigos que acompanharam e incentivaram meu trabalho, estando ao meu lado, física e emocionalmente, intervindo, por vezes, e dando-me suas opiniões, sem vocês esse trabalho não seria possível. Aqui, faço menção aos meus queridos amigos Arthur, Julia, Deco e João. À Amanda, em especial, agradeço pelas longas horas de debate acerca do tema, do método, do problema, da hipótese, das entrevistas, e de todo o projeto, muito obrigado.

Aos meus colegas da Faculdade, que estavam presentes diariamente no curso dessa monografia, ora sofrendo junto, ora comemorando, ora confiantes, ora apreensivos, agradeço-os pela companhia, em especial à Duda, Terra, Giselle, Rafa, Nat e Lari, pessoas que se mostraram da maior importância na reta final desse trabalho.

Por fim, ao meu orientador, e grande responsável por esse projeto ter se concretizado, Daniel Nicory, não fosse a força e a confiança que o Sr. me passou, jamais conseguira finalizar esse trabalho. Agradeço pelo tempo dedicado, pela paciência durante todo o longo processo de orientação, pelas palavras e pelo incentivo dado, desde o momento inicial até o último instante dessa produção. Daniel, me faltam palavras para agradecer o seu trabalho.

“Uma vez, que as guerras começam na mente dos homes, é na mente dos homens que devem ser construídas as defesas da paz”

Constituição da UNESCO

*“The things are all wrong
that the wrong people are in jail,
and the wrong people are out of jail,
that the wrong people are in power,
and the wrong people are out of power,
that the wealth is distributed in this country
and the world in such a way as not simply to
require small reform,
but to require a drastic reallocation of
wealth*

*I start from the start position that we don't
have to say too much about this because all
we have to do is think about the state of the
world today and realise that the things are
all upside down”*

Desconhecido

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma análise acerca do consumo de drogas como um fenômeno cultural, e nesse sentido, entender quais são os aspectos utilizados para categorizar essas drogas, quais as implicações gerais decorrentes do consumo dessas substâncias e como os Estado, em especial o brasileiro, vêm se posicionando em relação a essa questão. Para isso, foi realizada uma análise acerca dos principais modelos de políticas de drogas, em especial do modelo proibicionista e dos impactos decorrentes de tal política, para então ser apresentada a metodologia da Redução de Danos. Ao falar de Proibicionismo e Redução de Danos foram feitos breves escopos históricos sobre o surgimento de tais políticas, suas implementações, fundamentos, justificativas e principiologia. Ainda, foram estudados 05 (cinco) grupos que trabalham com a metodologia da Redução de Danos na região de Salvador, com o objetivo de entender o seu funcionamento, seus territórios de atuação e o que distingue os seus serviços de outros serviços de saúde prestados aos usuários de drogas. O estudo dos grupos se deu por meio de estudo bibliográfico e por meio de entrevistas qualitativas realizadas com pessoas que trabalham, ou já trabalharam, com os grupos em questão.

Palavras-chave: Política de Drogas; Redução de Danos; Guerra às Drogas; Direitos e Garantias Fundamentais.

ABSTRACT

This work aims to analyse drug consumption as a cultural phenomenon, and in that sense, understand what aspects are used to categorise drugs, what general implications result from their consumption and how the State, particularly the Brazilian State, has positioned itself regarding this matter. To do so, an analysis was made regarding the main drug policy models, particularly the prohibitionist model and its effects, to then present the Harm-Reduction Policy methodology. In speaking of Prohibitionism and Harm-Reduction Policy pointed historical scopes investigating the emergence of these policies, their implementation, fundamentals, reasons and principles. Even more, 05 (five) groups that worked with Harm Reduction Policies in the Salvador region were studied, with the objective of understanding how they operate, their acting territories and what discerns their services from other health services given to drug users. The study of the groups was done by bibliographical means and qualitative interviews done with people that have either worked or presently work with the groups in question.

Palavras-chave: Policts of Drugs; Política de Drogas; Redução de Danos; Guerra às Drogas; Direitos e Garantias Fundamentais.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
AMBEV	A Companhia de Bebidas Americanas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARD	Aliança Redutora de Danos
ARD FC	Aliança Redutora de Danos Fátima Cavalcanti
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia sobre Drogas
CONAD	Conselho Nacional de Políticas de Drogas
CONEN	Conselho Estadual de Entorpecentes
CORRA	Programa Corra Pro Abraço
CRE	Centro de Referência em Redução de Danos
CRIA	Centro de Referência Integral de Adolescentes
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
FAMEB	Faculdade de Medicina da Bahia
IDS	Ideologia da Defesa Social
IEPAS	Instituto de Estudos e Pesquisa em Aids em Santos
IP	Inquérito Policial
ISN	Ideologia da Segurança Nacional
MLO	Movimentos de Lei e Ordem
NEXT	Núcleo de Extensão
ONU	Organização das Nações Unidas
PRD	Prevenção de Riscos e Danos
PTS	Programa de Troca de Seringas
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RENFA	Rede Feminista Antiproibicionista
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SJDHDS	Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância Psicoativa
SPE	Substância Psicoestimulante

SPD	Substância Psicodepressora
SPP	Substância Psicopertubadora
SUPRAD	Superintendência de Política de Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis
TDAH	Transtorno de Déficit de atenção com hiperatividade
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 DROGAS E PROIBICIONISMO	13
2.1 CONCEITUALIZAÇÃO, HISTÓRICO E POLÍTICA DE DROGAS	13
2.2 O PROIBICIONISMO, CRIMINALIZAÇÃO E GUERRA ÀS DROGAS	23
2.2.1 Fundamentos, justificativas e objetivos	25
2.2.2 Críticas ao proibicionismo	27
2.2.3 Consequências do proibicionismo e da lógica repressiva-punitiva	31
2.3 A QUESTÃO DE DROGAS SOB A ÓTICA JURÍDICA	35
2.3.1 A Lei de Drogas (11.343/06) como norma reguladora	37
2.3.2 Consumo de drogas, dignidade da pessoa humana e acesso à saúde	41
2.3.3 A Portaria 1.028/05 do Ministério da Saúde	46
3 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	49
3.1 SURGIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO	50
3.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES, FUNDAMENTOS E FORMA DE ATUAÇÃO	54
3.3 REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS E OS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS	63
3.3.1 Redução de riscos e danos para psicoativos lícitos	62
3.3.2 Redução de Riscos e Danos para Drogas farmacoterapêuticas	65
3.4 REGULAMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	69
4 A EFETIVAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS	71
4.1 ATORES DA REDUÇÃO DE DANOS	71
4.2 PROJETOS E PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS (EM SALVADOR)	72
4.2.1 CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas	73
4.2.2 ABORDA	77
4.2.3 ARD-FC	79
4.2.4 BALANCE	82
4.2.5 CORRA PRO ABRAÇO	85
5 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE I	96

APÊNDICE II	110
APÊNDICE III	121
APÊNDICE IV	135

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias que modificam a percepção e a consciência humana sempre esteve presente na história do homem, e os seus efeitos principais e secundários sempre estiveram associados a esse consumo. Foi, contudo, com o advento dos avanços das tecnologias de produção e transporte que a questão do uso de drogas passou a tomar novas proporções, passando a ser, cada vez mais, uma preocupação à sociedade e aos Estados.

Foi nesse processo de expansão do consumo dessas drogas, em especial das que atuam no Sistema Nervoso Central, que tal fenômeno passou a ser visto como um problema e que os Estados passaram a se posicionar em relação a isso. Tal posicionamento estatal em relação ao uso de drogas denomina-se política de drogas, e nesse sentido, a política proibicionista tem protagonizado o cenário internacional quanto ao controle das drogas, tornando determinadas substâncias proibidas, e seu consumo reprimido.

A primeira parte do presente trabalho visa realizar uma análise acerca do consumo de drogas em geral, entendendo o uso destas como o produto da combinação de três principais fatores: a Substância, o Sujeito e o Cenário no qual ele está inserido, e, sob essa ótica, foram apresentadas algumas das classificações dadas as essas substâncias bem como uma breve análise acerca das formas de controle (proibicionista e regulatória) que o Estado pode exercer como forma de política. Ainda, foi apresentado o sistema proibicionista, desembaraçando os seus princípios, suas justificativas, objetivos e histórico.

Ainda, será exposto no capítulo o modelo brasileiro de política de drogas, alguns dos principais órgãos responsáveis por essa política e as legislações e regramentos aplicáveis no âmbito do uso de drogas, em especial quanto às garantias e direitos assegurados aos sujeitos que desejam consumir determinadas substâncias, lícitas ou ilícitas. Nessa linha, foi adotada uma visão pragmática acerca do consumo de drogas (em sentido amplo), e garantista quanto aos seus usuários, comerciantes ou ainda produtores, sob à ótica da Constituição Federal de 1988 e demais textos protetivos.

Passadas tais considerações será apresentada a Portaria 1.028/05 responsável pela instituição da Redução de Danos como política de saúde pública brasileira para com o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, objeto principal a ser estudado no presente trabalho.

No seguinte capítulo, será estudada o que inicialmente surge como uma metodologia de Redução de Danos, e que, posteriormente, passou a ser adotada como uma política e diretriz de

saúde pública a ser adotada em todo o território nacional, pautada na ideia de prevenção de riscos e redução de danos. Para tanto, será exposta sua origem, a forma como se deu a sua implementação, sua ordem principiológica, seus fundamentos, justificativas e base ideológica e como esta mostra-se como importante instrumento para a efetivação dos direitos dos sujeitos que utilizam de substâncias alteradoras de consciência e percepção.

Para mais, será exposto os diferentes tipos de drogas aos quais a metodologia da Redução de Danos pode ser aplicada, rompendo com a errônea ideia de que se destinam apenas às drogas ilícitas, apresentando algumas ações de R.D. voltadas para drogas lícitas, de cunhos diversos, tais quais o álcool, o tabaco, os fármacos e os anabolizantes.

Será também apresentada a regulamentação da Redução de Danos no Brasil, mostrando algumas das leis (estaduais e federais) criadas com o objetivo de implementar e efetivar tal política e tais ações.

O capítulo em sequência tem como foco a análise sobre como se tem sido feita a efetivação Redução de Danos no Brasil, por meio de um estudo empírico realizado com cinco grupos através de entrevistas de caráter qualitativo feito com seus membros e estudo à referências bibliografias.

Com a pesquisa feita junto aos grupos buscou-se compreender melhor como eles desenvolvem suas ações, como e quando estes interagem com as agências estatais, e as especificidades decorrentes das suas abordagens, para então compreender de uma forma mais precisa como é feita a Redução de Danos em Salvador e quais as principais constatações feitas com esses grupos após mais de trinta anos de Redução de Danos no Brasil.

Ao fim, buscou-se compreender quais as compatibilidades e incompatibilidades entre a lógica e o sistema proibicionista e às ações de Redução de Danos, visando que seja feita uma compreensão acerca do consumo de drogas, ainda que dentro de um contexto de Guerra às Drogas e de proibicionista, mais humano, pautado no respeito à saúde e às individualidades dos sujeitos, e propondo uma interpretação mais pragmática sobre o tema.

2 DROGAS E PROIBICIONISMO

A questão das drogas e sua relação com a sociedade vem sofrendo modificações em razão da valoração atribuída à certas substâncias e aos seus usos, causando ora aceitação e incentivo, ora rejeição e repressão¹. Nesse sentido, analisar a temática de drogas importa em realizar uma análise a respeito do processo de evolução histórico da vida em sociedade, do surgimento, da descoberta das substâncias denominadas de drogas, e do processo de controle a elas dado.

No decorrer da trajetória da raça humana e da contínua relação de uso que os humanos desenvolveram com determinadas substâncias surgiram diversas teorias e formas de compreensão do fenômeno que é o uso de drogas. A classificação de tal fenômeno, durante o curso dessa trajetória milenar do homem consumindo substâncias que possuem características psicoativas, somente passou a ser compreendida como um problema social recentemente².

Acompanhando o estudo do fenômeno de drogas como problema social e atrelado à um discurso moral e repressivo, a lógica proibicionista se estabeleceu como principal política de drogas em grande parte do globo e, passados cem anos de proibicionismo, sua falha na tentativa de alcançar um mundo sem drogas e abstinente já é evidente³.

O presente capítulo tem por escopo realizar uma análise acerca dessa relação ser humano-droga, perpassando pela classificação dessas substâncias, histórico do tratamento dado a elas e sobre as principais políticas de drogas existentes, examinando o atual sistema proibicionista e as conclusões que podem ser extraídas dos cem anos de proibição e da guerra às drogas.

Será também apresentada a questão de drogas sob a ótica do ordenamento jurídico pátrio e como se dá a regulamentação e controle das drogas, assim como a situação jurídica daqueles que delas fazem uso.

2.1 CONCEITUALIZAÇÃO, HISTÓRICO E POLÍTICA DE DROGAS

¹ VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. A Redução de Riscos e Danos na saúde mental através do CAPS-AD. In: NERY FILHO, Antonio. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p. 209 – 221.

² LABATE, Beatriz Caiuby; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra Lucia. Introdução. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 23.

³ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. In: **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

Ao tratar de drogas faz-se necessário conceituá-las. Embora a definição de “drogas” seja variável em razão da sociedade, contexto histórico-cultural e época, é possível notar um consenso quanto a ideia de que drogas seriam todas aquelas substâncias que ao entrar em contato com o organismo desencadeiam reações somáticas, psíquicas e físicas, alterando o estado anterior do corpo que as ingeriu⁴. Mesmo dentro da doutrina médica-farmacológica não é possível notar um consenso quanto a quais substâncias compõem esse rol de “drogas”, de modo que sua classificação irá ser resultado não só de questões técnicas, mas também políticas e culturais.

Nesse conceito, inserem-se, portanto, as mais distintas substâncias, tais quais a cafeína, o tabaco, o álcool, a dipirona, cocaína, dentre outras, que irão ocasionar efeitos desejados e indesejados pelos seus usuários, resultados estes que diferenciam-se, principalmente, de acordo com a substância, indivíduo e contexto⁵⁶.

A SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) define como drogas todas as substâncias capazes de produzir e modificar as sensações, a consciência e o estado emocional do homem⁷.

Ao estudar a interação de tais substâncias com o indivíduo existem três principais fatores que são observados: a Substância, Sujeito e Contexto. Em inglês “*Substance, Set & Setting*”, é a expressão utilizada para tratar da substância (a substância utilizada em si), do sujeito, estado do indivíduo quando do uso (inserindo-se aqui seu estado físico e psíquico, em especial suas expectativas individuais) e o contexto, ou cenário, em seus aspectos sociais e espaciais, no ambiente, contexto social e espacial em que se encontra o sujeito⁸.

⁴ SIMÕES, Júlio Assis. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 13.

⁵ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. In: **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁶ PRADO, Daniel do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 13.

⁷ BRASIL, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, p. 8. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

⁸ MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis; **Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias**. Salvador: EDUFBA; UFBA/CETAD, 2004. p. 10. Disponível em: <<http://www.giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/24.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

Em razão da multiplicidade de formas nas quais as drogas podem se apresentar, sua interação com o corpo e a mente humana são as mais diversas, podendo se voltar para inúmeras finalidades (recreativas, terapêuticas, medicinais, religiosas), produzindo efeitos ora estimulantes, ora calmantes, com potencialidades sedativas e excitante, indutoras e repressores, ou ainda alucinógenas.

A dualidade de efeitos decorrente do uso de tais substâncias, atrelada ao princípio da habituação (ou tolerância), formam as condições de relatividade dos fármacos e pode ser verificada desde o século XVIII, quando o médico francês William Cullen incorporou a farmacologia os princípios do método científico⁹.

A interação do ser humano com as drogas é identificável no desenvolvimento da raça humana desde a pré-história, sendo possível ser observada desde o período paleolítico, em pinturas rupestres, alterações do estado de consciência, possivelmente relacionadas ao uso de plantas psicoativas¹⁰. Na verdade, o uso de substâncias psicoativas não foi uma inovação do ser humano, visto que há estudos apontando para o consumo de álcool por macacos através de frutas que haviam passado por um processo de fermentação¹¹.

Assim, o consumo de substâncias que alteram a percepção e consciência humana é milenar¹², estando presente na sua cultura, e sendo é possível notar referências aos psicoativos desde as lendas e contos antigos, como a associação na mitologia grega do deus Baco ao vinho, assim e também do seu correspondente, Dionísio, para os romanos¹³.

A relação das drogas com a humanidade é tão intrínseca ao seu desenvolvimento que há quem entenda que sua importância é comparável a relação do homem com os alimentos, sendo, em alguns momentos até mesmo mais importante, em especial por conta da duração do tempo da

⁹ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. In: **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**. Brasília: Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

¹⁰ *Ibidem*. Acesso em 03 jun. 2018.

¹¹ MENOCCI, Fernando; TINELLI, Silvana; LUCIANO, Huck. (Prods.) ANDRADE, Fernando Grostein. (Diret.). **Quebrando o tabu**. Dirigido por: Fernando Grostein Andrade. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tKxk61ycAvs>>. Acesso em: 12 out 2018.

¹² LABATE, Beatriz Caiuby; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra Lucia. Introdução. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 23.

¹³ NERY FILHO, Antonio. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, Antonio. (Org.) **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 15.

relação, do valor atribuído às drogas ao longa desse processo histórico e levando em consideração a forma pela qual o uso vem ocorrendo¹⁴.

Ao trabalhar com o conceito de drogas é importante esclarecer que nem mesmo entre os especialistas das ciências biomédicas conseguem apontar um sentido preciso e objetivo do que seria classificado como “droga”. De um ponto de vista mais técnico, o termo “droga” serve para qualquer substância que ao entrar em contato com o organismo gera uma reação no corpo, somática e psíquica, de intensidades variáveis, ainda quando absorvida em pequenas quantidades¹⁵.

As de efeitos prioristicamente recreativos foram tratadas como Psicotrópicas. A palavra é derivada da combinação de dois radicais: Psico, que se refere ao psicológico, e Trópico, relacionada à atração¹⁶.

Semelhante a tal conceito, tem-se a ideia de substâncias Psicoativas (SPAs), expressão utilizada para definir àquelas substâncias que interagem de maneira preponderante na consciência dos usuários, alterando o seu estado e a sua percepção de tempo, espaço e própria, bem como o seu humor e sentidos¹⁷.

Ainda dentre as formas de distinguir as substâncias psicoativas importa trazer a utilizada pela comunidade médica, que as distingue em razão de suas ações aparentes no Sistema Nervoso Central (SNC), focando nas modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância

Dentro dessa perspectiva as drogas são distinguidas em: depressoras da atividade mental (Psicodepressora), como álcool, opióides, solventes, medicamentos derivados do bânzol e do ácido barbitúrico; estimulantes da atividade mental (Psicoestimulante), ao exemplo do tabaco,

¹⁴ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. In: **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**, Brasília, Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

¹⁵ SIMÕES, Júlio Assis. In: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). Salvador: EDUFBA, 2008. p. 14.

¹⁶ DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA DA UNIFESP/EPM. **O que são psicotrópicos**. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm>. Acesso em: 25 de mar. de 2018.

¹⁷ BRASIL, Ministério de Justiça, Secretaria Nacional de Política de Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuário e dependentes de drogas**. ANDRADE, Arthur Guerra de; SILVEIRA, Camila Magalhães; TAFFARELO, Rogério Fernando; SIU, Erica Rosanna. (Coords.). 2. ed. Brasília: Ministério de Justiça, Secretária Nacional de Política de Drogas, 2015. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Atividade_Judici%C3%A1ria_com_Usu%C3%A1rios_e_Dependentes_de_Drogas.pdf>. Acesso em 30 mai. 2018.

da cafeína e da anfetamina; e perturbadoras da atividade mental (Psicoperturbadora), cite-se a maconha, o LSD -dietilamida do ácido lisérgico¹⁸.

E, por fim, na acepção mais popular do termo “droga” inserem-se aquelas substâncias psicoativas tornadas ilícitas, cujo uso, em razão de processo histórico moralizador e preconceituoso, tornou-se sinônimo de abuso e passou a ser alvo de controle e proibição¹⁹.

Importante também, ao tratar de drogas, é apontar que indiscutivelmente todas elas possuem riscos associados ao seu consumo e danos decorrentes do seu uso que podem ser intensificados quando combinadas com outras substâncias, e, em uma instância final, a capacidade de promover prazer ao sujeito que delas se utiliza.

Ocorre que, desde a Antiguidade o controle do uso de drogas se deu de maneira discriminatória de modo que determinadas substâncias eram amplamente aceitas, e ainda veneradas (como o vinho), enquanto outras (como a maconha), eram recriminadas. Nesse sentido, a glorificação de algumas substâncias sempre conviveu com a demonização de outras, ocorrendo, dentro da mesma sociedade e no mesmo período, distinção entre o tratamento dado pela comunidade às drogas, sem base racional justificável²⁰.

Ao longo dessa relação, o uso de substâncias externas que modificam o comportamento humano sempre foi alvo de debate nos mais diversos segmentos da sociedade e campos do conhecimento, tendo especial destaque nos campos da moral e religião, psiquiatria, farmacológica e medicinal²¹.

A problemática do uso de drogas e do controle destas por parte do Estado passou a tomar novas proporções com o advento das grandes navegações, marco que permitiu relevante ampliação nos horizontes até então conhecidos pelo homem ocidental, a Europa passou a ter contato não só com novas terras, povos e culturas, mas também com novas drogas, até o momento desconhecidas²². A combinação do processo de expansão marítima com o mercantilismo da

¹⁸ BRASIL. Ministério de Justiça, Secretaria Nacional de Política de Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuário e dependentes de drogas**. ANDRADE, Arthur Guerra de; SILVEIRA, Camila Magalhães; TAFFARELO, Rogério Fernando; SIU, Erica Rosanna. (Coords.). 2. ed. Brasília: Ministério de Justiça, Secretaria Nacional de Política de Drogas, 2015. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Atividade_Judici%C3%A1ria_com_Usu%C3%A1rios_e_Dependentes_de_Drogas.pdf>. Acesso em 30 mai. 2018.

¹⁹ SIMÕES, Júlio Assis. In: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). Salvador: EDUFBA, 2008, p. 14.

²⁰ PRADO, Daniel do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 13.

²¹ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil - Estudo Criminológico e Dogmático**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 36.

²² RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 22.

época fez com que as drogas servissem como propulsora não só do comércio, mas também da rotina do homem²³. Com a expansão do transporte com as navegações, a comercialização de tais substâncias tomou proporções até então nunca antes vistas²⁴, em razão da variedade e disponibilidade de drogas, que foram utilizadas pelos mais diversos setores da sociedade.

Ao decorrer dos anos a comercialização e utilização de drogas se intensificou, aumentando o seu alcance a continentes distintos dos de suas origens. Além disso, sua constante propagação, sem qualquer controle de riscos e danos, passou a ser uma crescente preocupação nas sociedades, em especial em razão dos abusos provocados pelo consumo das drogas e das consequências do uso indevido nas esferas individuais e coletivas. Com isso, os Estados se viram obrigados a adotar medidas para controlar o uso de drogas e conseqüentemente reduzir os seus males.

Falar em política de drogas importa em falar sobre como o Estado se manifesta sobre a temática de drogas, como ele atua face a situação do uso e todas as implicações derivadas da procura do ser humano por determinadas substâncias. Em que pese a relação homem e droga seja milenar, os Estados parecem não reconhecer tal vínculo, em sua grande maioria, quando da elaboração de suas políticas sobre drogas, de modo que há uma certa homogeneização quanto a tal controle que reside no uso de duas atribuições principais: a regularização (que se dá através de sanções, regulamentações, legislativas) e a fiscalização (que opera as normas estabelecidas pelo legislativo)²⁵.

As políticas públicas podem ter as mais distintas origens e finalidades, destacando-se, para o estudo das drogas, as políticas sociais, criminais, de saúde e econômicas.

As políticas sociais possuem como objetivo a promoção de melhoria da qualidade de vida da população, efetivando direitos constitucionais e promovendo ações de tutela e proteção da chamada vida digna²⁶. Já as criminais relacionam-se com o fenômeno criminal, trabalhando no

²³ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**. Brasília: Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

²⁴ VIDAL, Sergio. História do cultivo indoor da cannabis sativa. In: NERY FILHO, Antonio. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 59

²⁵ GIL, Gilberto; FERREIRA, Juca. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.) **Drogas e cultura: Novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 9.

²⁶ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.p. 20.

âmbito das condutas criminalizadas e funcionando como elo entre a dogmática penal e a realidade, servindo como instrumento do Estado para combater os crimes²⁷.

Quanto as de saúde, fundam-se na conjuntura de esforços organizados para “prevenir doenças, prolongar a vida e fomentar a saúde e a eficiência, mediante o esforço organizado da comunidade”²⁸.

Muito embora a questão das drogas envolva todos os segmentos de políticas públicas acima listados, o tema sempre tem recebido ênfase nas esferas criminais e de saúde. A questão criminal é mera decorrência lógica do sistema proibicionista-punitivo. Já quanto a atenção da saúde está se justifica pelo preenchimento de três requisitos: “1): representar causa frequente de morbidade e mortalidade; 2) existirem métodos eficientes para a sua prevenção e controle; 3) esses métodos não estarem sendo adequadamente empregados pela sociedade”, que, como ensinam Oswaldo Forattini e Nathan Sinai, devem ser observados para que uma situação seja considerada como uma questão de saúde²⁹.

Há um consenso na comunidade de que as drogas precisam ser controladas, mas, controlar não necessariamente significa proibir, bem como proibir não necessariamente enseja em criminalizar, e, por fim, criminalizar não se exaure em encarceramento³⁰.

Proibir importa em negar o acesso das pessoas à determinadas substâncias. Criminalizar remete a tornar crime determinada conduta, sujeitando-a ao controle repressivo-punitivo da esfera penal. E encarcerar significa restringir a liberdade de ir e vir de daqueles que incorre em ato criminoso.

Há ainda a possibilidade do controle de drogas por meio da liberação, legalização, regulamentação, despenalização e descriminalização, conceitos estes que também não se confundem.

Liberação das drogas remete aos tempos mais antigos da raça humana, onde não se havia, praticamente, nenhum controle do uso de drogas, mas tão somente os de cunho social.

²⁷ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 130.

²⁸ PEREIRA, José Carlos. Problema Social e Problema de Saúde Pública. *In: Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*. São Paulo: IMESC, vol. 4, 1984, disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/Revistas/TemasIMESC-JUL87.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2018.

²⁹ FORATTINI, P. Oswaldo *apud* RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.p. 39.

³⁰ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 14

Legalizar³¹, por outro lado, significa tornar legal, garantir o acesso legal a determinadas substâncias³², dando ao Estado o poder de regulamentar, limitar, controlar e fiscalizar as substâncias³³.

Regulamentar, ou regular, envolve a regulação, fiscalização, a realização de algum tipo de controle das drogas pelo Estado. Descriminalizar importa em abdicar da imposição de penalidades criminais a determinados atos e comportamentos, afastando a temática da esfera penal e direcionando-a a outro setor³⁴. E, por fim, despenalizar importa em afastar a incidência de penas (morais, administrativas ou penais) daqueles que fazem uso de drogas³⁵.

Carvalho aponta que o processo de descriminalização pode se dar de três formas. A primeira forma é a descriminalização legislativa³⁶, forma que entende ser a mais adequada e que consiste em três processos diferentes, o da *Abolitio Criminis*³⁷ e Descriminalização Parcial, que se divide na transferência da infração para outro ramo do direito que não o penal e na modificação dos critérios sancionatórios, que implica na *Reformatio Legis In Mellius*³⁸. A segunda é a judicial³⁹, que se dá por meio do operador do direito, em especial pelo magistrado, que procede com a minimização da criminalização dentro do sistema jurídico vigente, quando da operação, interpretação e aplicação do direito. Já a terceira forma seria uma espécie de descriminalização imprópria, que consiste na descriminalização de fato, que pode ocorrer quando o cidadão, ciente da ocorrência de fato ilícito ou ainda vítima deste fato, opta por não reportar a autoridade

³¹O Canadá, em Outubro/2018 passou a adotar a legalização como política de drogas para a maconha.

³²MENOCCHI, Fernando; TINELLI, Silvana; LUCIANO, Huck. (Prods.) ANDRADE, Fernando Grostein. (Diret.). **Quebrando o tabu**. Dirigido por: Fernando Grostein Andrade. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tKxk61ycAvs>>. Acesso em: 12 out 2018.

³³KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. *In: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização*. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

³⁴“É o modelo adotado hoje por países como Portugal, Espanha e República Tcheca”. MENOCCHI, Fernando; TINELLI, Silvana; LUCIANO, Huck. (Prods.) ANDRADE, Fernando Grostein. (Diret.). **Quebrando o tabu**. Dirigido por: Fernando Grostein Andrade. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tKxk61ycAvs>>. Acesso em: 12 out 2018.

³⁵CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 156.

³⁶*Ibidem*, p. 159.

³⁷ Conceito: Situação na qual um fato que antes era tido como crime, um fato típico, deixa de ser previsto como tal, deixa de ser crime.

³⁸ Conceito: situação na qual numa nova lei é mais benéfica para o réu do que a anterior, tratando-se, portanto, de aplicação da lei penal no tempo, em benefício do acusado.

³⁹CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 162/168.

policial acerca do seu acontecimento, ou ainda quando a própria autoridade policial realiza essa (in)ação⁴⁰.

Diante de tantas maneiras diferentes de se realizar uma política de drogas, os Estados tiveram que se organizar e adaptar as políticas para as demandas internas e externas existentes em seus territórios, de modo que é possível notar que o mundo ainda procura por um modelo que traga resultados satisfatórios. Para Prado “uma política de drogas ideal seria um conjunto de medidas capazes de maximizar as suas utilidades e minimizar os seus prejuízos”⁴¹.

Infelizmente o proibicionismo foi o modelo que predominou nas políticas de drogas ocidentais e, por isso, merece ser realizado um breve escopo histórico da sua implementação e consolidação.

Muito embora o processo de criminalização e marginalização do uso de drogas decorra de um longo processo histórico e cultural, pautado em ideais moralizadores e normatizadores, não sendo, assim, possível se atribuir um ponto de origem⁴², nas próximas linhas serão apresentados marcos que contribuíram, significativamente, no desenrolar do de tal processo.

Ressalte-se que, em um primeiro momento as políticas de drogas não tinham um cunho abolicionista, não sendo ainda uma questão regulada eminentemente pelo Direito, mas sim controlada no âmbito da saúde pública. As ações visavam tratar aqueles que se encontravam em situação de fragilidade pelo uso de drogas, contudo, sem o cunho de intervir e proibir a circulação de tais substâncias, de modo que diversos psicoativos eram comercializados (tabaco, álcool, ópio e cocaína)⁴³.

Essa primeira corrente de política de drogas elevou o consumo de determinadas substâncias à categoria de morbidade, devendo ser combatido por meio de ações da saúde e tratado como doença⁴⁴.

Verifica-se que os avanços oriundos da revolução tecnológica em muito contribuíram para agravar o cenário, pois, não só permitiram a elevação na distribuição, como também diversificaram as formas de extração dos princípios ativos das substâncias psicoativas e seu

⁴⁰ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p.176.

⁴¹ PRADO, Daniel do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 14.

⁴² CARVALHO, Salo de. *op. cit*, p.46.

⁴³ Prado, Ribeiro e Carvalho, assim como a maior parte dos pesquisadores na área concordam que as políticas públicas inaugurais do controle de drogas não tinham cunho proibicionista.

⁴⁴ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.p. 24.

consumo⁴⁵. Inserida nesse ambiente, a medicina, em especial na área da psiquiatria, passou a perceber no uso abusivo de tais substâncias o potencial do vício e de degradação moral⁴⁶.

Nessas circunstâncias, relevante parcela da sociedade ocidental, tomada pelo medo e desconhecimento, passou a associar as drogas e o seu consumo a algo negativo cada vez mais⁴⁷. Decerto, a população não soube lidar com tamanha variedade de substâncias e das consequências por elas causadas, tanto na esfera individual dos sujeitos envolvidos, quanto na forma como estes se relacionavam com a coletividade quando sob seus efeitos.

Somando todos esses elementos, as sociedades e os governos passaram a se posicionar de maneira mais específica em relação a questão das drogas, adotando medidas mais interventivas, o que passou a ser denominado inicialmente de políticas de droga, concretizando-se como políticas de controle de drogas, de modo que no final do século XIX já era possível detectar estratégias públicas de políticas de drogas.⁴⁸

Foram os Estados Unidos da América que, nesse contexto de consolidação das políticas de drogas, protagonizaram o enrijecimento das formas de controle e estabelecerem o proibicionismo como sistema político⁴⁹.

Ao decorrer do século XX é possível notar na história estadunidense políticas proibicionistas fortes, como a aprovação da *Pure Food and Drug* (1906); e o *Harrison Narcotics Act* (1914) e Lei Seca (1920)⁵⁰. Nesse sentido, Karam⁵¹ e Carneiro⁵² apontam que durante o período de proibição do álcool nos Estados Unidos os problemas decorrentes do consumo do álcool somente aumentaram, seja pela comercialização de bebidas clandestinas, seja pelo fortalecimento de máfias e gângster, ao exemplo de Al Capone.

⁴⁵ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 24.

⁴⁶ ESCOHOTADO, Antonio. **História general de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1995. Disponível em: <<http://www.tabiblion.com/liber/Libros/Historia%20General%20de%20Las%20Drogas.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2018, p. 57.

⁴⁷ RIBEIRO, Maurides de Melo. *Op. Cit.* p. 25.

⁴⁸ *Ibidem, loc. cit.*

⁴⁹ *Ibidem, loc. cit.*

⁵⁰ *Ibidem*, p. 26.

⁵¹ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. *In: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização*. Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abr de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁵² ⁵² CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**. Brasília: Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

No panorama internacional o governo americano conseguiu disseminar o proibicionismo através de reiterados tratados internacionais no âmbito da ONU, por meio das Convenções Irmãs e outros tratados internacionais, como o Tratado de Haia (1912)⁵³.

O presidente Richard Nixon, em 1971, deu origem ao que hoje chamamos de Guerra às Drogas⁵⁴, desencadeando um longo e atual problema de repressão e estigma sobre determinadas drogas⁵⁵. Reprimindo, sobretudo, o consumo de drogas com finalidades preponderantemente recreativas, de religião não cristã.

É, nesse cenário que a distinção entre drogas lícitas e ilícitas passa a assumir um novo patamar e aqueles sujeitos que antes eram apenas condenados moralmente pelo uso de determinadas substâncias passam agora a serem criminalizados, e sancionados pela esfera penal.

Tais políticas visam não só classificar e distinguir o tratamento dados às drogas, mas também estabelecer e consolidar os parâmetros morais, propagando a abstinência como conduta a ser adotada em razão das ditas drogas ilícitas.

2.2 O PROIBICIONISMO, CRIMINALIZAÇÃO E GUERRA ÀS DROGAS ILÍCITAS

Como visto, o proibicionismo se consolidou em meio a um cenário de endurecimento da atuação estatal, combinado com uma forte pressão da igreja católica por medidas de controle para o uso de drogas e desinformação por parte da sociedade acerca das substâncias com as quais tinha contato.

Numa perspectiva mais ampla o proibicionismo pode ser entendido como forma de controle social e estatal que sanciona a prática de determinadas condutas destoantes da ordem dominante⁵⁶. Já enquanto política de drogas o proibicionismo visa erradicar o consumo e a

⁵³ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**. Brasília: Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

⁵⁴ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. *In*: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.) **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o ‘crack’**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265 - 300.

⁵⁵ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 24

⁵⁶ VALENÇA, Tom. Consumir e ser consumido, eis a questão! Um recorte socioantropológico em torno do consumo de drogas por parte de estudantes universitários. *In*: NERY FILHO, Antonio. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 138.

produção de determinadas substâncias, pautando-se no paradigma da abstinência⁵⁷ que se caracteriza pelo controle social e estatal, em nome da defesa social.

Conforme já apresentado, a política proibicionista ganhou repercussão no século XIX, em especial pelo controle feito pelos Estados Unidos e pelas Nações Unidas a partir do governo Nixon (1971), que deram o caminho para a formulação das diretrizes internas sobre a questão das drogas nos diversos Estados nacionais⁵⁸.

A caça às bruxas gerada pelo proibicionismo, em decorrência da criminalização do consumo e da produção das ditas drogas (ilícitas), resultou, em verdade, numa criminalização de pessoas, ora, as drogas não existem por si só, elas um produto da demanda do homem na sua constante busca por preenchimento de vazios e satisfação pessoal⁵⁹.

A então chamada Guerra às Drogas (*War on Drugs*) foi inaugurada nos Estados Unidos e se propaga como política mundial de drogas por mais de quarenta anos, sem conseguir produzir os efeitos que afirma obter. Em verdade, trata-se de uma guerra contra pessoas, mas não qualquer pessoa, pois os seus alvos são claros: são os produtores, os comerciantes e os consumidores daquelas drogas criminalizadas⁶⁰.

Nessa conjuntura o uso de drogas passou a ser associado, necessariamente, ao abuso, limitando os seus consumidores ao rótulo de dependentes (ou viciados)⁶¹, que estão em desconformidade com a lei e que merecem sofrer as sanções (penais) cabíveis.

Foi inclusive a psiquiatria que trouxe a ideia de que o consumo de drogas tinham a potencialidade de levar os seus usuários ao vício e degradação moral, o que resultou no estigma social de que o uso de drogas possuía relação direta com a violência⁶².

⁵⁷ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 46.

⁵⁸ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.) **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack'**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265 *et seq.*

⁵⁹ NERY, Antonio Filho. **Drogas: fique por dentro! Conversando com Dr. Antonio Nery Filho**. Programa de rádio nº 146. Transmitido em 17 jun 2018. Disponível em: <<https://drogasfiquepordentro.com/2018/07/10/drogas-fique-por-dentro-146-17-06-18/>>. Acesso em 08 out 2018.

⁶⁰ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. In: **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJOBIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁶¹ SIMÕES, Júlio Assis. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 14.

⁶² RIBEIRO, Maurides de Melo. *op. cit.* p. 24

Como resultado dessa combinação da propagação de um discurso moral-religioso de abstinência, erradicação das drogas e de combate aos usuários e produtores de tais substâncias, instaura-se nos Estados Unidos, e na maior parte do mundo ocidental um estado de “pânico moral”, conceito criado por Stanley Cohen, que, em suma, consiste numa situação de pavor social, no qual determinado problema é identificado, suas “causas são simplificadas, os participantes são estigmatizados, uma campanha da mídia por ação é seguida por respostas das autoridades que retificam o problema e recomeçam uma nova onda de pânico moral naturalizado”⁶³.

Para responder a demanda da sociedade por um tipo de solução estatal para tal situação eis que há uma intensificação da produção legislativa voltada à repressão (penal) do consumo e produção das drogas⁶⁴.

Ribeiro aponta que a criminalização das drogas no Brasil, embora existente desde as Ordenações Filipinas, consagrou-se como sistema repressivo nas Década de 30 (Decretos: 780/36 e 2.953/38 e, Decreto-Lei 891/38), tendo ganho verdadeiro enrijecimento na época da Ditadura Militar, por meio do Decreto-Lei 385, de 26 de dezembro de 1968 e posteriormente com a implementação da Lei 6.368/76⁶⁵

2.2.1 Fundamentos, justificativas e objetivos

O sistema proibicionista (punitivo), tem por pilar dois fundamentos: (i) a Abstinência como império na relação sujeito-droga e: (ii) a Erradicação das drogas na sociedade. Desses dois princípios é também possível se extrair as bases do das ideias proibicionista, a primeira, de ordem moral-religiosa e, a segunda, de ordem higienista⁶⁶.

O paradigma da abstinência é um discurso de ordem moral-religiosa que enxerga que o uso de drogas deve ser condenado em razão do seu potencial de tornar o usuário um viciado, resultando

⁶³ GUIMARÃES, Marcelo Andrade; MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: Ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY, Antonio Filho. (Org.) **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p.105.

⁶⁴ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 53.

⁶⁵ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 31/34.

⁶⁶ *Ibidem*, p. 26.

na degradação do espírito e da moral humana. Já a ideia de erradicação das drogas parte de um pressuposto higienista que pretende alcançar um mundo livre de drogas, pois as drogas somente deixariam de ser um problema a ser combatido quando não mais existissem⁶⁷.

Carvalho aponta que o sistema proibicionista brasileiro sustenta-se em uma espécie de “tripé ideológico”, formado pelos: Movimentos de Lei e Ordem (MLO); Ideologia da Defesa Social (IDS); e Ideologia da Segurança Nacional⁶⁸.

Os MLOs configuram planos de ações que possuem a função de intensificar o combate à criminalidade, enxergando o direito penal como único instrumento hábil a resolver a criminalidade, e, dentro da temática de drogas, a combater os crimes a elas associados⁶⁹. Possui íntima ligação com a ideia de pânico moral, pois faz-se valer do constante estado de medo presente na sociedade e da propagação midiática da criminalização, como justificativa de sua necessidade, proliferando o já existente pânico moral e a estigmatização de sujeitos (marginalizados)⁷⁰.

Já a IDS parte da noção de Defesa Social, e define as formas de interpretar o delito na esfera do direito penal, propagando a ideia de resposta penal punitiva, legitimando o sistema repressivo ao mesmo passo que instrumentaliza os mecanismos repressivos⁷¹. A IDS tem sua operabilidade feitas pelas ações políticas-criminais que se dão pelo Movimento de Defesa Social (MDS), que visam a prevenção do delito e o tratamento do delinquente, protegendo, assim, a dita paz social⁷².

Por fim, a ISN, fundada na ideia de defesa da segurança nacional, banaliza a violência estatal e estabelece um sistema repressivo bélico para o combate a qualquer ameaça à tal segurança, criando assim a figura de inimigos (criminosos) e instaurando uma guerra constante contra eles⁷³.

Assim, com a combinação desses três discursos ideológicos se instaurou no Brasil um modelo “superpositivista” de combate às criminalidades⁷⁴, propagando um discurso punitivo e

⁶⁷ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 26.

⁶⁸ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 71.

⁶⁹ *Ibidem*, p. 86.

⁷⁰ *Ibidem*, p. 88.

⁷¹ *Ibidem*, p. 77.

⁷² *Ibidem*, p. 79.

⁷³ *Ibidem*, p. 84.

⁷⁴ *Ibidem*, p. 90.

discriminatório contra às drogas ilícitas e as pessoas a elas associadas, elevando o que já era um problema social a um novo patamar, e legitimando um combate intenso à sua produção e consumo.

Outro discurso que merece ser apontado da lógica proibicionista é o médico-jurídico, oriundo de um modelo repressivo médico-sanitário-jurídico, que possui direta relação com a diferenciação que o proibicionismo faz entre consumidor (dependente) e comerciante (traficante). A doutrina conceitua tal diferenciação de sujeitos de ideologia da diferenciação, que levando em conta a relação do sujeito com a droga irá estabelecer a qual regime repressivo ele será submetido⁷⁵.

Nessa ótica, aquele que é considerado como dependente (doente) deverá ser tratado para que então se cure dessa moléstia que é o vício, e o seu tratamento deverá ocorrer na esfera médica-psiquiátrica. Já aqueles considerados como traficantes devem ser corrigidos por meio do sistema jurídico-penal, visto que são criminosos que estão perturbando a moral e a saúde pública⁷⁶.

2.2.2 Críticas ao proibicionismo

Passada a análise acerca dos fundamentos e da lógica proibicionista cumpre apontar as principais críticas trazidas a esse sistema e o motivo de, passado um século de proibicionismo, e quase meio século de guerra às drogas, ser necessário, urgentemente, pensar e adotar alternativas de controle de drogas, visto que o proibicionismo se mostra como insuficiente para tanto.

Primeiramente, cumpre apontar que o sistema proibicionista vigente traz uma distinção entre aquelas drogas consideradas lícitas e as ilícitas, sem apresentar, contudo, para tanto, um critério objetivo de diferenciação, mas tão somente a vontade do órgão administrativo/legislativo responsável e dos agentes políticos envolvidos em tal escolha, desconsiderando o que há de

⁷⁵ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 54

⁷⁶ *Ibidem, loc. cit.*

mais comum entre todas essas substâncias: a capacidade de gerar alterações no psiquismo e de causar dependência quando usada em excesso⁷⁷.

No Brasil, por exemplo, a Lei 11.343/06 (Lei de Drogas), que será estudada mais a frente, estabelece que drogas são aquelas substâncias ou produtos que possuem potencialidade de causar dependência em seus usuários, especificadas em lei ou dispostas em lista feita pelo Poder Executivo da União⁷⁸.

Embora o texto não seja dotado de critério objetivo na designação e caracterização das então substâncias consideradas como ilícitas, destacam-se duas questões sobre o seu texto. A primeira é relativa a potencialidade que a substância deve ter de causar dependência⁷⁹ em seus usuários, e a segunda diz respeito à previsão de que a lista de drogas será atualizada e feita pelo Poder Executivo⁸⁰.

Assim, o critério utilizado pela Lei não observa qualquer critério de toxicidade⁸², possibilidade de dependência ou ainda mortes decorrentes do abuso⁸³. Como prova, temos a ampla divulgação e propagação do álcool⁸⁴ na sociedade, ou ainda todo o processo de glamourização do cigarro na mídia (cinema e televisão), até a década de 90⁸⁵.

Como prescrito na Lei, a atualização da lista das substâncias então consideradas como entorpecentes e controladas é atualizada periodicamente⁸⁶ pela ANVISA, órgão vinculado ao Ministério da Saúde⁸⁷, ao passo em que tenta acompanhar as mudanças na farmacologia e exploração dessas substâncias, conforme orientação das convenções internacionais, da qual o Brasil é país signatário, sobre o combate e controle às drogas e ao tráfico.

⁷⁷ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. *In: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização*, Rio de Janeiro: Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJOBiYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁷⁸ BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 22 mai. 2018.

⁷⁹ A ideia de potencialidade de dependência surgiu na psiquiatria, na época da revolução científica, identificando no psicotrópicos a capacidade de levar os seus consumidores a degradação moral e ao vício.

⁸⁰ Atualmente, cabe a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a eleição das substâncias e atualização da lista, disponibilizadas em seu sítio: <www.anvisa.gov.br>.

⁸¹ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 34.

⁸² *Ibidem*. p. 37.

⁸³ Ao exemplo do abuso de açúcar, que pode ensejar em quadro de obesidade e diabetes.

⁸⁴ Droga que junto com o tabaco mais gera riscos e danos à saúde dos seus usuários.

⁸⁵ BEAUMORD, Camila; BONA, Rafael José. **O Cigarro e o Mito: um estudo sobre o Merchandising da marca Marlboro**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Novo Hamburgo – RS 17 a 19 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2010/resumos/R20-0246-1.pdf>>. Acesso em 16 out 2018.

⁸⁶ Última atualização foi em Março de 2017 (Resolução Normativa 143, de 17 de março de 2017).

⁸⁷ NUCCI, Guilherme de Souza. **Leis Penais e Processuais Penais Comentadas, vol. 1**. Rio de Janeiro: Forense, 2017, p. 333.

Outro resultado do processo de distinção entre drogas lícitas e ilícitas é a distinção entre os usuários de tais drogas, ora, se determinada droga X é lícita, o seu consumidor e o seu produtor são, pela lógica proibicionista, “sujeitos de bem”, que, a princípio, não estarão submetidos à esfera penal. Por outro lado, os sujeitos que consomem, produzem e comercializam a droga Y, ilícita, são qualificados como criminosos, e haverão de agir na clandestinidade⁸⁸.

Ao exemplo disso temos que em 2013 a maior empresa do Brasil trabalhava com o comércio de bebidas alcóolicas, e, ainda, o maior exportador do mundo de tabaco é brasileiro⁸⁹.

Outro aspecto que merece ser apontado quando da análise do sistema proibicionista, e da atual conjuntura de Guerra às Drogas, é o alto custo para a sua manutenção. Estima-se que governo norte americano, no ano de 2017, gastou a quantia de \$3.000.000.000,00 (três bilhões de dólares) com a guerra às drogas⁹⁰.

Ainda, mantendo um grupo tão vasto de drogas na ilegalidade o Estado acaba perdendo a oportunidade de gerar receitas sobre elas, tendo em vista que, ao legalizar, seria possível que o Estado instituísse tributos sobre elas, ou ainda estabelecesse monopólio sobre a sua produção/comercialização⁹¹.

Para além dos custos gerados com a manutenção da repressão ao consumo e produção das drogas ilícitas, merece também ser pontuado que o proibicionismo gera custos sociais e custos econômicos, relativos ao sistema carcerário, pontos a serem tratados no próximo tópico deste trabalho.

Outra importante crítica que merece ser feita ao proibicionismo é a instituição da violência como mecanismo de combate às ditas drogas. Ora, pelo próprio discurso de “guerra às drogas” já se vê que a violência é a base do sistema, pois inexistente guerra sem violência.

A violência estabelecida pelo proibicionismo opera nas mais diversas camadas do fenômeno que é o consumo de drogas, podendo ser retratada desde a repressão policial à produção, comercialização e uso de drogas, até a possibilidade de imposição de tratamentos coercitivos

⁸⁸ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁸⁹ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. In: **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**, Brasília, Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

⁹⁰ DEA. UNITED STATES DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION. **Staffing and Budget**. 2018. Disponível em: <<https://www.dea.gov/staffing-and-budget>>.

⁹¹ Opção que não parece a mais sensata, tendo em vista que isso ainda abriria margem para o comércio clandestino e ilegal, contudo, ainda assim, mais razoável do que manter na ilegalidade total o comércio.

para o tratamento daqueles considerados como dependentes, ou ainda à restrição da liberdade pela via carcerária⁹².

Não fosse suficiente, a guerra às drogas, embora se esconda em um discurso médico-jurídico para sua legitimação, funciona como uma verdadeira arma de limpeza social que elimina aqueles sujeitos que corrompem a ordem e o sistema.

Somando a lógica de guerra (e então de eliminação do inimigo) com a já trabalhada ideologia da diferenciação que sustenta o proibicionismo, fica claro quem são os verdadeiros alvos da guerra: “pessoas pobres, não brancas, marginalizadas e desprovidas de poder”⁹³.

A ideologia da diferenciação, como aponta Carvalho, não se esgota na distinção usuário-traficante, mas estende-se a uma distinção entre os diferentes tipos de traficantes, qual seja, a separação daqueles traficantes e usuários pobres, marginalizados que são, para a sociedade e para o proibicionismo, vistos como bandidos, como criminosos por essência, daqueles que são ricos, “bons sujeitos”, que apenas cometeram um deslize, um erro nas suas trajetórias⁹⁴.

Prado traçou o perfil dos sujeitos presos por tráfico no Brasil, que é decorrência lógica do caráter higienizador da guerra às drogas. Após sua pesquisa foi constatado que a maioria dos condenados era: negra, com idade entre os dezoito aos trinta e cinco anos, sem antecedentes criminais, normalmente com uma pequena quantidade de drogas quando da sua prisão, e, em sua maioria, homens⁹⁵.

As repercussões da tentativa proibicionista de criar um mundo livre de drogas expressam o quão ineficiente foi o sistema para controlar a situação do uso de psicoativos, o discurso médico-jurídico que busca por meio da abstinência proteger a saúde e a ordem social acabam por causar mais danos mais danos ao usuário e a sociedade.

⁹² CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 185.

⁹³ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁹⁴ CARVALHO, Salo de. *op. cit*, p. 55.

⁹⁵ PRADO, Daniel Nicory. Audiência Pública realizada em 08/09/2014. **58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=f1XXnSqXz24>> acesso em: 24 set 2018.

A guerra às drogas acaba matando mais pessoas do que o consumo de drogas em si, e os seus efeitos mostram-se mais visíveis nos países em que há a produção de tais substâncias, visto que estes passam a serem territórios em que a guerra irá ser travada.

Ao se utilizar do sistema penal como instrumento para resolver um problema de saúde, o proibicionismo não só agrava os já existentes problemas relacionados ao consumo de tais substâncias, como também cria riscos novos⁹⁶.

Ao negar o consumo e a produção de tais substâncias o Estado permite que a demanda da sociedade seja suprida por agentes que atuam na clandestinidade, deixando que estes o façam sem qualquer tipo de fiscalização na produção e comercialização desses produtos que, embora ilícitos, são diariamente consumidos por milhares de pessoas.

2.2.3 Consequências do proibicionismo e da lógica repressiva-punitiva

As consequências da falha do proibicionismo enquanto política de drogas são perceptíveis em diversos setores, produzindo danos na saúde, educação, economia, no meio ambiente, na segurança, no sistema carcerário e na sociedade.

Do ponto de vista da educação nota-se um comprometimento das instituições no que tange à conscientização e educação social acerca do problema das drogas considerando que o proibicionismo, ao condenar o uso de drogas e pregar a abstinência como conduta ideal, inviabiliza a propagação de informações sobre o consumo de tais substâncias, dos reais riscos e danos destas e das formas de se minimizar tais problemas, em especial no âmbito das instituições de ensino, que frequentemente associam o uso de drogas a algo condenável sem abrir espaço para um diálogo sincero sobre a temática, ao exemplo do Proerd.

Face a ausência de disseminação de informações honestas e confiáveis acerca das substâncias tidas como ilícitas, a informalidade e a experiência dos usuários acaba por tomar papel crucial

⁹⁶ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

na produção e propagação de conhecimento sobre tais drogas, que se dá, então, por meio de redes informais e resultam na chamada “cultura da droga”⁹⁷.

Já para a saúde, os danos são decorrência lógica da proibição e podem ser sentidos em diferentes fases, desde a ausência de monitoramento do processo de produção destas substâncias tornadas ilícitas, o que permite que os produtores (clandestinos) operem sem qualquer tipo de fiscalização a critérios de higiene, bem como no que diz respeito a composição dos produtos que eles venham a pôr no mercado. Ainda, a lógica repressiva acaba por afastar aqueles sujeitos que precisam de auxílio e tratamento das instituições estatais, tendo em vista que, o consumo de tais substâncias pressupõe a prática de ilícito⁹⁸.

É, inclusive, por causa da ausência de fiscalização, e portanto da disponibilidade de diversas substâncias “impuras”, ou adulteradas, que acontecem a maioria dos casos de *overdose*⁹⁹, ou pelo o sujeito não ter conhecimento da substância que está consumindo, ou por não saber a dose que ingere. Não raros são os casos que em episódios de *overdose* o sujeito poderia vir a receber o atendimento adequado, contudo, em razão da estigmatização que se tem sobre o consumo da droga, ele mesmo, ou quem o acompanha, acaba por não buscar uma ajuda de imediato pois ficam inibidos em razão da ilegalidade do que estaria associada ao consumo da droga¹⁰⁰.

Com isso, o proibicionismo que visa sanar um problema de saúde acaba por criar uma barreira entre aqueles que fazem uso problemático de drogas e os serviços de saúde fornecidos pelo Estado¹⁰¹.

Outro ponto perceptível no que tange a saúde são os altos índices de contaminação por Aids, Hepatites e outras doenças transmissíveis por causa do compartilhamento de insumos utilizados para consumir a drogas, que, na maioria das vezes, não são devidamente higienizados¹⁰².

⁹⁷ ALVES, Wagner Coutinho. Fogo na babilônia: Ganja, Reggae e Rastas em Salvador. *In*: NERY FILHO, Antonio. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 54.

⁹⁸ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

⁹⁹ Os casos de overdose ocorrem quando há um uso exagerado, no qual o sujeito ultrapassa os limites que o seu corpo ou consciência suportam em razão do uso da substância.

¹⁰⁰ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. *In*: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o ‘crack’**. Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265-300.

¹⁰¹ CARVALHO, Salo de. Seminário. Políticas de Drogas Mudança de Paradigmas. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9ZInm_zDFts>. Acesso em 30 mai. 2018.

¹⁰² RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 88

Na economia os danos causados pela proibição evidenciam-se em razão da variação no preço das substâncias ilícitas e pelo custo para a manutenção da máquina repressiva. Por um lado, a ilicitude de determinadas produtos influencia diretamente na variante oferta-demanda, de modo o aumento do mercado clandestino é diretamente associado a sua ilegalidade¹⁰³. Por outro, enquanto o mercado negro se fortalece e lucra com a ilegalidade de tais substâncias, o Estado investe cada vez mais recursos para tentar frear a oferta e o consumo desses produtos, onerando o seu orçamento e da sua máquina, utilizando-se de recursos que poderiam ser destinados à outros fins, ou ainda para o controle do consumo de drogas, mas de outras formas.

No meio ambiente os danos causados pela marginalização da produção ocorrem em especial pela ausência de controle nas formas de plantio e cultivos das substâncias ilícitas, bem como na forma pela qual se dá a erradicação dessas plantações, que, por vezes, é feita por meio de fumigação de herbicidas generalizada, que causam danos ao solo e a flora da região, e apenas irão terminar por realocar a produção daquelas plantações para outras localidades¹⁰⁴.

Outra consequência da marginalização das drogas é o aumento da violência relacionada a sua produção e comercialização, ao optar por manter tais condutas na ilegalidade o Estado permite que tais condutas ocorram na clandestinidade, gerando mais tensões nessas relações¹⁰⁵. Se hoje existem armas e mortes relacionadas à produção e comercialização de tais substâncias é porque o seu mercado foi tornado ilícito, é a própria ilegalidade que impossibilita que os conflitos decorrentes dessas relações sejam resolvidos por vias pacíficas, e não armadas¹⁰⁶.

Ao ingressar na esfera da Administração Pública, percebe-se que o sistema proibicionista acaba, em última instância, desmoralizando o Estado e as suas agências face a sua incapacidade de lidar com o problema das drogas e a criminalidade que a elas foram associadas¹⁰⁷.

Nota-se também uma sobrecarga às esferas judiciais e carcerárias que tem que lidar com estes sujeitos criminalizados, tendo que dar conta de uma enorme demanda judicial e prisional quando estes sujeitos são capturados pelas agências policiais, que resultando num atolamento

¹⁰³ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 194.

¹⁰⁴ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack'**. Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265 *et seq.*

¹⁰⁵ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 29.

¹⁰⁶ KARAM, Maria Lúcia. Op. Cit. p. 265 *et seq.*

¹⁰⁷ CARDOSO, Fernando Henrique. **Entrevista concedida a Mônica Grayley** (Repórter da ONU News) em 27/04/2018 na sede das Nações Unidas, Nova Iorque, Estados Unidos da América. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dfTs-tXeW7E&t=94s>>. Acesso em 01 out 2018.

do judiciário e na superlotação das prisões, de modo que o tráfico de drogas é a justificativa utilizada para o encarceramento de cerca de 25% da população prisional¹⁰⁸¹⁰⁹.

Ao retirar tais indivíduos das esferas em que estão inseridos e realocados para prisões o Estado termina retirar as possibilidades desses sujeitos de se afastarem da criminalidade e as chances deles de ter um futuro desassociado da ilegalidade, inserindo-os diretamente em contato com outros detentos, que, por vezes, praticam crimes de naturezas distintas das relacionadas ao tráfico de drogas¹¹⁰.

Sob uma perspectiva social os males do proibicionismo são incontáveis, contudo, cabe destacar os seguintes: (I) Aumento do crime organizado; (II) Superlotação Carcerária; (III) Elevação do número de mortes em razão da guerra às drogas; (IV) Aumento da população carcerária pela criminalização do tráfico; (V) Segregação social; (VI) Agravamento da produção e tráfico de armas; (VII) Agravamento do pânico social existente em relação ao consumo de drogas; (VIII) Fortalecimento do crime organizado.

Ao tornar ilícito o consumo e a comercialização das drogas, tais atividades, quando ocorrem, se dão em ambientes em que, a princípio, não coexistem com a atividade estatal, zonas nas quais há uma necessária ausência de fiscalização para que os ilícitos possam ser cometidos, expondo os agente à fatores outros de perigo, como criminalidade. Ainda, a constante repressão às drogas faz com que tanto os agentes públicos, quando a sociedade, adotem posturas ofensivas quando da abordagem e tratamento daqueles sujeitos, pois, estes estão cometendo ilícitos¹¹¹.

Não obstante ter falhado com a proteção à saúde, o proibicionismo, ao criminalizar e instaurar um sistema de guerra às drogas, atenta contra a própria paz social que alude defender. Ora, como se falar em paz social quando se vive uma verdadeira guerra às drogas? A ótica de guerra, de combate armado à produção e consumo de drogas é, por completo, incompatível com o seu objetivo de alcance de paz social, isto pois, a violência é consequente natural de qualquer guerra.

¹⁰⁸ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 204.

¹⁰⁹ PRADO, Daniel Nicory. Audiência Pública realizada em 08/09/2014. **58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=f1XXnSqXz24>> acesso em: 24 set 2018.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. *In: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização*, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJOBIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

Se o proibicionismo busca evitar o consumo das drogas por entender que a abstinência seria a melhor forma de (não) se relacionar com tais substâncias, a criminalização das drogas somente fez marginaliza-las, agravando os males causados pelo uso e abuso de tais substâncias e, por vezes, criando novos riscos e danos, visto que, agora expõe os envolvidos a fatores estranhos à própria substância.

A proibição, ao mesmo passo em que dificulta o acesso à informação e credibilidade destas quando da temática de drogas resulta numa maior confusão e desinformação da sociedade, aterrorizando-a quanto aos males do uso, qualificando a droga como um mal em si mesma¹¹².

Ainda, ao proibir o consumo de certas substâncias o Estado termina por glamourizar o perigo, instigando inúmeros sujeitos a utilizarem, tão somente pelo caráter proibido do uso, em especial para a parcela jovem da sociedade¹¹³.

É possível, contudo, extrair um resultado positivo do proibicionismo, como conclui Ribeiro:

Se existe alguma contribuição positiva do proibicionismo, essa foi a comprovação de que a criminalização de uma conduta não inibe sua prática, quando ela é socialmente adequada e majoritariamente aceita pela sociedade; por outro lado, também foi possível comprovar que não se pode impor um modelo mundial e uniforme de controle, diante da diversidade das características culturais, econômicas e sociais dos inúmeros países que integram este concerto de nações.¹¹⁴

Assim, é possível notar que o proibicionismo ao mesmo passo que busca erradicar a produção e comercialização dessas drogas tidas como ilícitas, e impor a ideia de abstinência, e assim, de não uso dessas substâncias, termina por piorar os efeitos negativos já existentes no cenário do consumo. Indo além, o proibicionismo instaura novos fatores de risco, novos danos, novas consequências, dificultando que o próprio Estado tenha um melhor controle sobre o consumo de drogas.

2.3 A QUESTÃO DE DROGAS SOB A ÓTICA JURÍDICA

¹¹² CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**, Brasília, Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

¹¹³ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack'**. Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265-300.

¹¹⁴ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 89.

Em que pese o proibicionismo vigore enquanto modelo de controle, repressivo, sobre as drogas, faz-se importante tratar dos aspectos jurídicos que incidem sobre o uso de tais substâncias, por meio de uma leitura sistemática e integrada do sistema jurídico, para uma melhor compreensão de tal fenômeno, fornecendo ao fim uma proposta alternativa para o atual problema de drogas, visto que a ideia de pôr fim ao uso de drogas é, indiscutivelmente, utópica¹¹⁵, dada a constante busca humana por tais substâncias.

A presente análise será feita levando em conta aspectos da Constituição Federal, da Lei de Drogas (11.343/06), dos direitos humanos, e da ordem principialista dos Estados democráticos de direito, e os aspectos materiais contidos em tais textos, introduzindo, ainda, ao final, a Portaria 1.028 do Ministério da Saúde.

A Lei de Drogas é a principal fonte de embasamento da Política de Drogas brasileira, e impõe como metas do país o combate à produção e ao tráfico ilícito de drogas, a redução da oferta e da demanda, a promoção de ações voltadas à prevenção, ao tratamento, à recuperação e ressocialização dos usuários, e à redução de riscos e danos causados pelo uso de tais substâncias¹¹⁶.

Ao tratar de políticas de drogas é importante apresentar os órgãos responsáveis pela sua gestão e direcionamento. Nesse sentido, a Lei de Drogas instituiu a SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas), composto pela SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas), pelo CONAD (Conselho Nacional Antidrogas)¹¹⁷, e outros órgãos e entidades públicas que atuam na política nacional de drogas¹¹⁸.

O SENAD¹¹⁹, órgão vinculado ao Ministério da Justiça, ocupa o papel de protagonista em relação aos demais órgãos das políticas sobre drogas pois possui, dentre todos, o leque mais amplo de competências e atribuições¹²⁰, porquanto o CONAD, ocupa um papel secundário,

¹¹⁵ CARDOSO, Fernando Henrique. **Entrevista concedida a Mônica Grayley** (Repórter da ONU News) em 27/04/2018 na sede das Nações Unidas, Nova Iorque, Estados Unidos da América. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dfTs-tXeW7E&t=94s>>. Acesso em 01 out 2018.

¹¹⁶ Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, Ministério da Justiça. **Política Nacional de Drogas**. Disponível em: <<https://obid.senad.gov.br/nova-arquitetura/a-politica-sobre-drogas-no-brasil/legislacao/politica-nacional-sobre-drogas/view>>. Acesso em 02 set 2018.

¹¹⁷ Instituído como Conselho Nacional Antidrogas e também alterado pela Lei 11.754/08 para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

¹¹⁸ BRASIL. **Decreto 5.912 de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em 20 ago 2018.

¹¹⁹ BRASIL. **Ministério da Justiça**. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conhecer_mais>. Acesso em 20 ago. 2018.

¹²⁰ BRASIL. **Lei 11.343/06**. Entre suas competências estão:

I - assessorar e assistir o Ministro de Estado quanto às políticas sobre drogas;

realizando funções acompanhar e integrar as diretrizes do SENAD, e gerir os recursos do Fundo Nacional Antidrogas.

Destaca-se também dentre os órgãos responsáveis pela política de drogas nacional o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas), que possui a função de reunir e disponibilizar informações acerca do consumo de drogas à população. O CEBRID é composto por uma equipe técnica de especialistas (na medicina, farmácia-bioquímica psicologia, biologia e comunicação), e realiza suas funções por meio da organização de pesquisas, reuniões, publicação de livros, boletins, artigos e levantamentos¹²¹.

Uma vez apresentados os principais órgãos responsáveis pela política de drogas do país, será tratada agora a questão de drogas sob a ótica jurídica, levando em conta as questões mais relevantes acerca do consumo de drogas para o desenvolver do presente trabalho.

Em que pese a atual regulação sobre o consumo e uso de substâncias psicoativas seja, invariavelmente, ilegítimo e insustentável, o proibicionismo, como visto, é o modelo que vigora no país e, assim sendo, a análise a seguir será feita sob essa perspectiva.

2.3.1 A Lei de Drogas (11.343/06) como norma reguladora

II - articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e de dependentes de drogas e as atividades de capacitação e treinamento dos agentes do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas;

III - apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social;

IV - desenvolver e coordenar atividades relativas à definição, à elaboração, ao planejamento, ao acompanhamento, à avaliação e à atualização de planos, programas, procedimentos e políticas públicas sobre drogas;

V - gerir o Fundo Nacional Antidrogas e fiscalizar a aplicação dos recursos repassados pelo Fundo aos órgãos e às entidades conveniados;

VI - firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com entes federativos, entidades, instituições e organismos nacionais e propor acordos internacionais, no âmbito de suas competências;

VII - indicar bens apreendidos e não alienados em caráter cautelar, a serem colocados sob custódia de autoridade ou de órgão competente para desenvolver ações de redução da demanda e da oferta de drogas, para uso em tais ações ou em apoio a elas;

VIII - gerir o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;

IX - desempenhar as atividades de secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - Conad;

X - analisar e propor atualização da legislação pertinente a sua área de atuação;

XI - executar as ações relativas à Política Nacional sobre Drogas e a programas federais de políticas sobre drogas;

e

XII - organizar informações, acompanhar fóruns internacionais e promover atividades de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira com outros países e organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional que tratem de políticas sobre drogas.

¹²¹ CEBRID. **CEBRID**. Disponível em: <cebrid.com.br>. Acesso em 20 ago 2018.

A Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, é a norma vigente que regula a situação de drogas no país e estabelece a política a ser adotada no território nacional, sendo advento de reiteradas convenções e tratados internacionais proibicionistas (Convenção Única Sobre Entorpecentes, 1961; Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971; Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes, 1991)¹²² e sucessora da Lei 6.368/76.

O Legislador estabeleceu, nos artigos primeiro e segundo da Lei, a proibição das ditas drogas ilícitas, em todo o território nacional, “bem bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar”¹²³, sem estabelecer, contudo, quais seriam tais substâncias.

O parágrafo único do artigo primeiro dispõe que são consideradas como drogas todas as substâncias ou produtos que tenham a potencialidade de causar dependência, devendo eles serem estabelecidos por lei ou prescritos em listas advindas do Poder Executivo da União. Atualmente, cabe à ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a formulação e atualização dessa lista, que se dá por meio da Portaria 344/98, que é periodicamente modificada para fazer constar novas substâncias.

Nota-se, então, que a referida Lei é hipótese de lei penal em branco, visto que necessita de um complemento para que seja determinado o seu alcance e a sua aplicação. Ainda, ao atribuir ao Executivo a competência para preencher a norma, por meio de ato infralegal, o Legislativo, criou uma lei penal em branco heterogênea¹²⁴.

A existência de uma lei penal em branco com caráter restritivo é muito criticada na doutrina, pois, como enuncia Cezar Roberto Bittencourt, as leis penais em branco são normas que são imperfeitas ou insuficientes, que necessitam de uma complementação para concluírem a descrição do tipo, de modo que, não se referem, separadamente, a definição de uma conduta juridicamente determinada ou ainda identificável¹²⁵.

Outra crítica em razão das leis penais em branco, exclusiva às heterogêneas, é o fato da prescrição penal ser completada por meio de ato que não lei, ou seja, há um tipo penal que é

¹²² NEIVA, Gerivaldo Alves. Audiência Pública realizada em 08/09/2014. In: **58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-6z7ImW-zdk>>. Acesso em: 25 set 2018.

¹²³ CAPUT, artigo 2º da Lei 11.343/06

¹²⁴ PRADO, Daniel Nicory do. Lei penal em branco: de drogas e legitimidades. In: **Boletim IBCCRIM 288 Novembro/2016**.

¹²⁵ BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, Vol.1**. São Paulo: Saraiva. 2016, p. 150.

estabelecido por ato que não Lei (em sentido estrito), e nesse sentido, haveria uma possível incompatibilidade com o disposto no art. 5º, XXXIX, da Constituição Federal que estabelece a premissa de que “não há crime sem lei”¹²⁶.

Nesse sentido, ao analisar isoladamente a Lei 11.343/06 o que se tem é a mera prescrição de condutas típicas, contudo sem a especificação de quais seriam as substâncias que se relacionam com os tipos penais nela contidos, de modo que, o sujeito que busca na referida lei ter ciência de quais seriam as drogas que poderiam levar-lhe a ensejar em fato típico, não conseguiria¹²⁷. Seria necessário que o sujeito buscasse junto à ANVISA (órgão de controle e vigilância sanitária) o rol de tais substâncias, mesmo estando diante de situações que seriam, em tese, objetos da esfera penal.

Sobre a lista elaborada pela ANVISA e a sua atualização é importante lembrar que esta é feita sem levar em conta critérios objetivos para qualificar as ditas “drogas” que serão tornadas ilícitas das que se manterão como lícitas, nesse sentido, embora o Legislativo tenha transferido a um órgão técnico do Executivo a função de determinar quais substâncias serão tratadas como drogas (entorpecentes) e quais não, a Agência opta por fazer um critério “tecnocrata”¹²⁸, político, e não baseado em graus de toxicidade, lesividade ou potencial de criar dependência. Como prova disso temos que o álcool é, até hoje, uma droga lícita, conduto cerca de 10% da população brasileira sofre por alcoolismo¹²⁹. Prado aponta que é irrealizável essa despolitização dos órgãos técnicos do Executivo¹³⁰.

Outra importante distinção que a Lei 11.343 traz é entre os sujeitos que irão praticar as condutas por ela tipificadas, distinguindo-os entre usuários (art. 28) e os traficantes (art. 33), apresentando como critério de distinção a finalidade da droga.

O usuário será aquele indivíduo que “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo (...) drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (CAPUT), bem como aquele que “semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de

¹²⁶ PRADO, Daniel Nicory do. Lei penal em branco: de drogas e legitimidades. In: **Boletim IBCCRIM 288 Novembro/2016**.

¹²⁷ *Ibidem*.

¹²⁸ Expressão utilizada por Gerivaldo Neiva ao tratar do modo como a ANVISA realiza tal distinção. Em: Audiência Pública realizada em 08/09/2014. In: **58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=-6z7ImW-zdk>>. Acesso em: 25 set. 2018.

¹²⁹ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. 2011, p. 63.

¹³⁰ PRADO, Daniel Nicory do. *op. cit.*

pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica” (parágrafo primeiro) e não poderá ser submetido à pena privativa de liberdade¹³¹.

Porquanto o traficante é aquele que “importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente (...)”(CAPUT do artigo 33), e pode incorrer em pena de prisão.

Note-se que ambos os textos prescrevem condutas muito semelhantes, tendo como distinção se a droga será utilizada para o consumo pessoal, ou não, sendo que todas as previstas no 28 encontram-se inseridas no 33¹³².

Para identificar a finalidade da droga o parágrafo segundo do artigo 28 prevê que serão observados critérios unicamente subjetivos, de modo que a diferença entre uma situação de uso ou de tráfico, conforme a Lei, irá se dar em razão do destino da droga, devendo ser observada a natureza e a quantidade da substância, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, circunstâncias sociais e pessoais, bem com a conduta e antecedentes do envolvido¹³³.

Verifica-se, com isso, que o Legislador reservou ao juiz a competência de determinar a finalidade da droga, contudo, o que se percebe na prática é que a autoridade policial, quando da apreensão acaba por realizar essa análise (prévia), realiza a tipificação do sujeito em usuário ou traficante, levando em consideração os mesmos aspectos, contudo sem a técnica jurídica necessária para tanto, ou mesmo sem ter tal atribuição.

Cabe apontar que o consumo de drogas, o uso em si, não constitui fato típico, contudo as ações preparatórias para o uso são, como portar, adquirir, ou guardar a droga, e as demais previstas no artigo 28 e formam o que se chama de “porte para uso pessoal”¹³⁴.

Esse é outro ponto criticado pela doutrina sobre a Lei de Drogas é a criminalização de uma conduta preparatória, de atos que antecipam o próprio uso, de modo que a esfera penal acaba por realizar uma criminalização antecipada, visto que o consumo em si não é proibido, mas sim

¹³¹ O indivíduo que incorrer no caput do artigo 28 somente poderá ser submetido às penas de advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

¹³² CARVALHO, Salo de. **Entrevista concedida ao Conjur**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-fev-20/entrevista-salo-carvalho-professor-direito-penal-ufrj>>. Acesso em 10 out 2018.

¹³³ GOMES, Luiz Flávio. **Lei de drogas comentada: artigo por artigo: Lei 11.343, de 23.08.2006**, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013. p. 75.

¹³⁴ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013. p. 44.

os atos que a ele antecedem, ignorando a clássica separação entre consumação e tentativa, tratando as condutas preparatórias como perfeitas e suficientes a configurar o dano penal¹³⁵.

Nesse sentido, condutas que correspondem a simples atos de preparação (tanto para o tráfico quanto para o consumo), referentes a uma ação futura, são considerados como típicos e sujeitos ao controle penal, mesmo que o sujeito opte, futuramente, por não consumir a ação (o consumo ou o comércio da substância)¹³⁶.

Por fim, importa diferenciar os três tipos principais de condutas os quais a Lei de Drogas trouxe, quais sejam, o porte para consumo pessoal, o auxílio ou instigação ao uso (conduta prevista no parágrafo segundo do artigo 33, que equipara tais condutas ao tráfico, e traz a previsão de pena de detenção para tais situações) e o tráfico propriamente dito.

Enquanto a primeira conduta, de portar droga para o consumo pessoal é criminalizada em razão do interesse social no bem jurídico “que é a saúde (em sentido amplo), as condutas de auxílio e/ou instigação e a do tráfico vão além de tal objeto, e são legitimadas, como já visto, pela paz social e pela ideia da repressão à criminalidade, visto que estes agentes estariam indo de encontro com a ordem pública ao contribuírem para o consumo das ditas drogas, ou ainda por produzirem ou comercializarem tais substâncias.

Feitas tais apresentações o presente trabalho irá direcionar seu foco para aqueles que são considerados como usuários, e, a partir dessa delimitação serão apresentadas algumas considerações acerca de tais sujeitos, dos diferentes tipos de consumo de drogas e dos direitos que lhes são assegurados.

2.3.2 Consumo de drogas, dignidade da pessoa humana e acesso à saúde

¹³⁵ ¹³⁵ KARAM, Maria Lúcia. **Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição**. Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o ‘crack’ (orgs. Lucília Elias Lopes e Vera Malaguti Batista). Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265/300. Texto disponível em: <<https://antiproibicionista.com/2015/01/08/guerra-as-drogas-e-saude-os-danos-causados-pela-proibicao-por-m-lucia-karam/>>. Acesso em 05 mai. 2018.

¹³⁶ KARAM, Maria Lúcia. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura a: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA. 2008, p. 107.

Ao tratar dos direitos dos usuários dessas substâncias tornadas ilícitas é importante esclarecer que nem todo uso configura abuso, ou ainda uma toxicomania¹³⁷, ao contrário do senso proibicionista de que o consumo é necessariamente problemático e tendente ao vício. O suposto bem tutelado, a saúde pública, que visa ser protegido pelo proibicionismo por vezes nem se encontraria em perigo não a criminalização dessas substâncias.

Para melhor compreender o fenômeno do uso é importante lembrar que todo consumo de drogas se dá por meio do encontro de três fatores: de um sujeito, com uma determinada substância em um determinado contexto.

Embora não sejam conceito fixos é possível, em linhas gerais, entender o uso como expressão utilizada para caracterizar qualquer consumo de substâncias, podendo ele ser experimental, recreacional, abusivo ou não. O abuso seria uma espécie de uso anômalo, é um uso exagerado causador de danos. Já a dependência, ou toxicomania, é uma forma de uso problemático, de abuso, que consiste em uma doença na qual o sujeito perde a sua capacidade de escolha¹³⁸.

Hart aponta que na medicina traz um conjunto de critérios objetivos para a que um sujeito possa ser considerado como toxicômano, que irá levar em conta a quantidade e os sintomas que ele apresenta e que resultam num problema psicossocial perecível. Aponta que

a classificação leva em conta sintomas: usar mais do que o pretendido por um longo período de tempo; várias tentativas sem sucesso de parar ou reduzir o uso; usar uma droga em situações repetidas que representem um perigo físico ou psicológico para o sujeito e ele tem consciência disso; crise de abstinência; síndrome de tolerância.¹³⁹

Dados da ONU apontam que somente 10 a 13% dos usuários tornam-se usuários problemáticos e vêm a sofrer com doenças relacionadas ao uso de drogas, dentre os quais se encontra a dependência¹⁴⁰.

Proibir o consumo de determinadas substâncias é uma intervenção estatal que constitui ofensa à liberdade do usuário de dispor de seu corpo e de sua saúde, e se funda na errônea crença de que todo consumo de drogas corresponde a abuso e a dano relevante à saúde do indivíduo.

¹³⁷ Situação na qual o indivíduo passa a ter uma relação considerada como abusiva com a substância, na qual essa substância passa a ocupar um lugar de prioridade na vida do sujeito, interferindo diretamente na sua qualidade de vida e saúde (mental ou física).

¹³⁸ NERY, Antonio Filho. **Dependência química, abuso e uso: como fazer a diferença?** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P0RABJnvhwA&t=331s>>. Acesso em 03 out 2018.

¹³⁹ HART, Carl. **Um novo olhar sobre drogas (Entrevista concedida ao Dr. Drauzio Varella)**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=zb6sRUNr6Jw&t=609s>>. Acesso em 05 out 2018.

¹⁴⁰ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack'**. Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265-300.

Ao proibir o uso de tais substâncias o Estado acaba por não só criar novos riscos e danos relacionados ao uso de tais substâncias, que terão que ter todo o seu desenvolvimento na clandestinidade, mas também inviabilizando que as pessoas tenham acesso às finalidades terapêuticas direcionadas às suas saúdes¹⁴¹, ou ainda às suas religiões.

São muitos os direitos que podem ser trazidos ao debate sobre a inconstitucionalidade da proibição do consumo de drogas, e do direito do cidadão, no exercício do seu livre arbítrio, optar por realizar o uso de tais substâncias que, a priori, só irão interferir na sua própria vida.

Dentre esses princípios destacam-se os da autonomia da vontade; dignidade da pessoa humana; isonomia (no tratamento do sujeitos e substâncias); liberdade religiosa; autodeterminação; liberdade individual; lesividade; proporcionalidade do sistema penal.

A ideia de autonomia da vontade é um dos pilares básicos dos Estados democráticos de direito, tratando-se, em verdade, de um limitador à intervenção do Estado na esfera individual dos cidadãos. Quando do uso de drogas, deve ser interpretada em conjunto com a liberdade do indivíduo de dispor do seu próprio corpo.

Ao cercear o direito destes sujeitos de tomarem as decisões sobre o seu próprio corpo, através de sua autonomia e sua livre vontade, o Estado acaba por violar esses valores tão relevante das democracias. O proibicionismo, por meio de políticas governamentais terapêuticas e totalitárias, fundado na ideia de autoproteção coletiva, assume um papel moralizador e típico de governos inquisitórios, propagando a higienização e a abstinência, e impondo condutas que dizem respeito tão somente ao corpo e a forma como o sujeito pretende gozar de sua saúde¹⁴².

Nessa linha, merece ser trazida a citação feita por Carvalho, em entrevista concedida à Conjur, de autoria desconhecida “Da pele para dentro eu constituo um Estado soberano”¹⁴³, ou seja, não ultrapassando os limites da saúde e do corpo do usuário, não cabe a ninguém realizar a intervenção em prol da saúde deste, em respeito a sua autonomia e a sua liberdade de dispor sobre si.

¹⁴¹ ASSOCIAÇÃO PSICODÉLICA DO BRASIL. **Cartilha Psicodélicos e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro, 2015, p. 9.

¹⁴² CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016, p. 216/223.

¹⁴³ *Idem*. **Entrevista concedida ao Conjur**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-fev-20/entrevista-salo-carvalho-professor-direito-penal-ufrj>>. Acesso em 10 out 2018.

Outra ordem principiológica ferida com a proibição discricionária do consumo de determinadas substâncias é a da dignidade da pessoa humana, e do direito que esta tem de desenvolver, livremente, a sua personalidade, sem ter a sua privacidade violado¹⁴⁴.

O proibicionismo, ao propagar a condenação do uso dessas substâncias impede que aquele sujeito desenvolva sua vida, sua personalidade, nos moldes que acredita serem os que lhes convêm, invadindo a sua esfera pessoal, a sua integridade moral, e vedando ao sujeito a possibilidade de desenvolver questões íntimas e que só interfiram na sua esfera individual, condenando a sua conduta e estigmatizando o sujeito que, para conseguir

Como já visto, ao tratar certas drogas como lícitas e outras como ilícitas, por meio de uma distinção puramente política, o Estado viola o princípio da isonomia, tanto no tratamento das substâncias, quanto no tratamento, e aqui o que nos interessa, dos sujeitos associados a elas.

Em um primeiro momento a violação se evidenciada pois uma parte das pessoas irá ter as suas drogas como criminalizadas, e suas condutas como marginais, porquanto outros poderão usufruir livremente das drogas que são lícitas. Em uma segunda análise a violação à igualdade se dá em relação aos produtores e comerciantes dessas substâncias, pois aqueles que trabalham com as lícitas encontram-se protegidos pelo Estado no exercício de suas funções laborais, enquanto outros são violentamente combatidos, diariamente, e por vezes executados, pois o seu trabalho foi classificado como ilícito e merecedor de punição¹⁴⁵.

Por vezes o consumo de psicoativos está intimamente relacionado a questões religiosas do sujeito, ou a situações religiosos de determinados povos, ou ainda aspectos de identificação cultural e social. Por essa lógica a proibição acaba com inviabilizar a liberdade religiosa de determinados sujeitos e a própria liberdade de identificação cultural destes.

O uso de maconha está intimamente associado à religião rastafári, e possui uma forte relação com a espiritualidade e identidade religiosa e cultural compreensão de seus adeptos¹⁴⁶. Outro exemplo é o uso de *Ayahuasca*, nas cerimônias de povos indígenas ligadas ao Daime, que

¹⁴⁴ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 28 *et seq.*

¹⁴⁵ KARAM, Maria Lúcia. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. **Dos perigos da proibição à necessidade de legalização**, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

¹⁴⁶ ALVES, Wagner Coutinho. Fogo na babilônia: Ganja, Reggae e Rastas em Salvador. In: NERY FILHO, Antonio. (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD. 2012, p. 43.

embora não mais constitua ilícito no Brasil, ainda é alvo de estigmatização e preconceito por grande parcela da sociedade¹⁴⁷.

O Estado, ao negar ao indivíduo, adulto e capaz, a possibilidade deste, licitamente, utilizar determinadas substâncias, em especial as psicoativas, acaba por retirar desse sujeito a sua autodeterminação, tratando-o como incapaz fosse para realizar tal escolha, escolhendo por ele e impondo a ele a conduta que entende ser o melhor comportamento em relação à droga¹⁴⁸.

A mera posse para o consumo pessoal de drogas não importa em perigo concreto à terceiros, o falso argumento de que a saúde é o bem jurídico tutelado não se sustenta, pois, como já visto, é a própria criminalização que traz mais riscos e danos à saúde coletiva e individual. Não havendo riscos diretos ou iminentes à terceiros não há qualquer grau de lesividade na conduta que não ao próprio usuário¹⁴⁹.

Como consequência da ausência de lesividade o controle do consumo de drogas por meio da esfera penal viola o próprio princípio da proporcionalidade do sistema penal. Aplicar o direito penal, instrumento mais rigoroso disponível ao Estado no controle social, para reprimir uma ação tida como indesejada na sociedade não se mostra como solução adequada ou proporcional para regular o fenômeno de drogas¹⁵⁰.

Assim, o que se extrai do proibicionismo e da ordem jurídica é que, embora a criminalização se sustente na proteção de bens jurídicos como a ordem social e a saúde (coletiva e individual), ao tornar ilícita as condutas relativas ao consumo e comercialização das ditas drogas o sistema viola diversos outros princípios e garantias coletivas e individuais, causando mais danos e violações do que os que alega pretender evitar.

A conclusão trazida por Karam parece ser a mais completa e precisa acerca da intervenção estatal, penal, quanto ao controle e ilicitude das drogas, eis que

Em uma democracia, o Estado não pode tolher a liberdade dos indivíduos sob o pretexto de pretender protegê-los. Ninguém pode ser coagido a ser protegido contra sua própria vontade. Intervenções do Estado supostamente dirigidas à proteção de um direito contra a vontade do indivíduo que é seu titular contrariam a própria ideia de democracia, pois excluem a capacidade de escolha na qual esta ideia se baseia. O Estado democrático não está autorizado a substituir o indivíduo nas decisões que dizem respeito apenas a si mesmo. Ao indivíduo há de ser garantida a liberdade de

¹⁴⁷ MACRAE, Edward. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 289-313.

¹⁴⁸ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 54.

¹⁴⁹ KARAM, Maria Lúcia. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz Caiuby. (Org.). **Drogas e cultura a: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 116.

¹⁵⁰ PRADO, Daniel Nicory do. *Op. Cit.*, 2013, p. 54.

decidir, mesmo se de sua decisão possa resultar uma perda ou um dano para si mesmo.¹⁵¹

Com isso, percebe-se que a intervenção estatal pautada na defesa da vida e da saúde do usuário, bem na ideia de segurança e paz social mostra-se como completamente inadequada. A proibição, a guerra às drogas e o sistema punitivo são exageradas formas de lidar com um problema que, em primeira instância, interferem tão somente na vida do usuário

2.3.3 A Portaria 1.028/05 do Ministério da Saúde

Em que pese a Lei de Drogas tenha confirmado a política repressiva ao consumo de drogas, é importante ressaltar que a referida norma positivou a adoção de medidas de prevenção de riscos e redução de danos quando do uso e tratamento dessas substâncias, bem como a adoção de medidas voltadas à atenção ao usuário e a promoção de seus direitos.

É seguindo essa linha que o artigo décimo oitavo da Lei 11.343/06 dispõe que as atividades de prevenção ao uso (indevido) de drogas são aquelas direcionadas à redução dos fatores de vulnerabilidade, riscos causados pelo uso de drogas. Em sequência o artigo décimo nono¹⁵² traz

¹⁵¹ KARAM, Maria Lúcia. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. *In*: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti. (Orgs.). **Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack'**. Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265-300.

¹⁵² BRASIL. **Lei 11.343/06**. Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;
- II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;
- III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;
- IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;
- V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;
- VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;
- VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;
- VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;
- IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;
- X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

um rol de princípios e diretrizes que devem ser observados quando da realização dessas atividades.

Quanto a redução dos danos decorrentes do uso de drogas a Lei dispõe que deverão ser adotadas atividades de atenção ao consumidor de tais substâncias visando à melhoria na sua qualidade de vida e a diminuição dos riscos e danos associados ao seu consumo (art. 20). Ao longo do artigo vigésimo segundo¹⁵³ o Legislador tratou de apresentar princípios e diretrizes que devem ser observados para a realização dessas atividades.

Assim, a Lei de Drogas confirmou a opção política do Estado brasileiro, mesmo diante da adoção de um modelo proibicionista de controle de drogas, de se utilizar da metodologia da Redução de Riscos e Danos para reduzir os riscos à saúde e a integridade daqueles que fazem o uso de tais substâncias.

Sobre a Redução de Riscos e Danos, o Ministério da Saúde editou a Portaria 1.028¹⁵⁴ no ano de 2005, ou seja, um ano antes da Lei de Drogas ser publicada. A Lei de Drogas, por ser a norma específica sobre a política de drogas apresenta as diretrizes a serem seguidas no país em razão do fenômeno de drogas, e, ao tratar especificamente das medidas de prevenção de riscos e redução de danos, confirma a vigência da Portaria que lhe antecede.

As ações devem ser promovidas respeitando a vontade e a diversidade dos usuários, de modo que não devem ser feitas com o objetivo de impor um tratamento ou ainda de interferir na oferta ou consumo destes produtos pelos sujeitos (art. 2º).

A Portaria foi editada com o objetivo de pacificar as questões acerca da adoção de medidas de Redução de Danos no território nacional, tornando a abordagem uma das políticas públicas de

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;
XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;
XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

¹⁵³ Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

¹⁵⁴ Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 22 mai. 2018.

saúde a serem desenvolvidas para o controle de drogas. Imperioso falar que a Portaria 1.028 é uma garantia assegurada aos usuários de drogas no âmbito da saúde pública e privada, mas que em razão da timidez do Ministério da Saúde não traz todas as disposições suficientes à aplicação e regulação das ações de redução de danos.

O Ministério da Saúde estabeleceu que as medidas devem ser compreendidas como um conjunto de ações que visam a atenção integral à saúde do sujeito, e devem ser feitas por meio de medidas de informação, educação, aconselhamento, assistência (social e medicinal), bem como pela distribuição de insumos (artigo terceiro).

Outro fato crucial quando da análise da Portaria é entender que trata-se de uma norma que carece de regulamentação, dada a sua insuficiência em abarcar todas as peculiaridades relativas à política de Redução de Danos, e, nesse sentido, cabe a cada ente federativo promover a sua efetivação e complementação.

Ao longo do artigo quarto o Ministério da Saúde estabeleceu algumas características das ações voltadas à educação, aconselhamento e informação, quais sejam:

- § 1º São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento:
- I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
 - II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
 - III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);
 - IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;
 - V - orientação para prática do sexo seguro;
 - VI - divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e
 - VII - divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.
- § 2º As ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.

Ainda, é válido esclarecer que a Portaria regula as formas de atuação de cuidado tanto para drogas ilícitas como para as lícitas, que deve respeitar sempre as individualidades e peculiaridades, dos sujeitos e das substâncias por ele consumidas (artigo nono).

Os próximos capítulos tratam das especificidades das ações de Prevenção de Riscos e Danos, fazendo uma análise acerca do seu histórico, sua implementação, seus fundamentos e as diferentes formas de atuação.

3 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Em um ambiente marcado pela Guerra às Drogas e estigmatização de pessoas, urge a necessidade de uma nova forma de analisar e entender a política de drogas, de maneira alternativa à lógica repressiva-punitiva. Nesse contexto, o paradigma da Redução de Danos mostra sua importância por configurar um modelo de atenção e cuidado ao usuário, em consonância com as garantias e direitos fundamentais que lhes são inerentes.

Redução de Danos (R.D.) é a nomenclatura que popularizou e promoveu a divulgação das ações de Prevenção de Riscos e Danos (P.R.D.), ou Redução de Riscos e Danos (R.R.D.), em relação ao tratamento com os usuários de drogas.

Embora não exista um consenso acerca do que caracterizaria a Redução de Danos em sua totalidade, ou qual o seu conceito, é possível se notar pontos de convergência sobre quais seriam os ideais básicos da abordagem e seus fundamentos, bem como as formas de atuação.

Em linhas gerais a Redução de Danos pode ser entendida como um conjunto de ações que visam reduzir os riscos e danos causados pelo consumo de drogas, nas diversas esferas em que operam seus efeitos, desde suas consequências biológicas às econômicas, sem necessariamente, exigir a redução do consumo, ou ainda a abstinência.

Pode ser entendida, ainda, como um método mais profundo que analisa o uso de drogas como um conjunto de circunstância, colocando o indivíduo no foco do fenômeno, e entendendo o contexto no qual ele está inserido e a substância a qual ele faz uso, sem atribuir valores as escolhas do sujeito¹⁵⁵.

A abordagem se orienta por meio de três princípios base que serão estudados ao longo desse capítulo, mas que merecem, desde já, serem apresentados: Pragmatismo, Tolerância e Diversidade¹⁵⁶.

Outro aspecto importante quando da metodologia da Redução de Danos é a sua preocupação com as esferas de vulnerabilidade na qual se inserem os usuários das drogas, de modo que a

¹⁵⁵ ALVES, Wagner Coutinho. Fogo na babilônia: Ganja, Reggae e Rastas em Salvador. In: *In*. NERY FILHO, Antonio.(Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 50.

¹⁵⁶ ANDRADE, Tarcisio Mattos de. Redução de danos: um novo paradigma? In. **Drogas e cultura a: novas perspectivas** / Beatriz Caiuby Labate, et. al. (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008, p. 88.

abordagem busca reduzir essa situação de hipossuficiência, atendendo as necessidades e anseios do assistido.

A proposta surge por meio de ações esparsas e passa a ter caráter de política pública (no Brasil), oferecendo uma alternativa ao sistema da abstinência, porquanto possui fundamentos de ordem científica (com especial destaque para os campos da medicina e psicologia), moral, sanitária, humanitária, econômica e social.

Ao longo do capítulo em questão serão analisados os aspectos históricos da R.D., seu desenvolvimento enquanto política pública, sua principiologia, métodos, formas de atuação e organização, e adequação legal.

3.1 SURGIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO

A proposta de Redução de Danos tem seu berço na área da saúde pública, com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades do risco social, individual e comunitário decorrentes do uso de drogas, lícitas ou ilícitas¹⁵⁷. A abordagem tem como foco da questão de drogas o indivíduo, compreendendo-o como sujeito de direitos e individualidades¹⁵⁸, partindo do pressuposto de que o uso é uma realidade, e assim, caso o sujeito opte por fazê-lo, que ao menos o faça com os menores danos possíveis à sua saúde.

O método afasta o clássico modelo de abstinência, rotulagem sociocultural e coercitividade de tratamento, para então dar espaço a uma atuação mais participativa e amistosa, fundada no respeito ao usuário e a sua autonomia, visando a manutenção e efetivação de seus direitos e garantias básicas dos cidadãos.

As ações de R.D. buscam desde a educação e informação dos consumidores de drogas ao acolhimento e tratamento, quando por eles solicitado. Nessa linha, a atuação ocorre de maneira sistemática e interdisciplinar, visando sempre a reinserção social e melhoria de qualidade de

¹⁵⁷ BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia Estratégico para o cuidado pessoal com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde. Secretária-Executiva, 2015. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de-alc-ool-e-Outras-Drogas-Guia-AD-.pdf>>. Acesso em 30 de mai. 2018.

¹⁵⁸ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua**. Salvador: SJDHDS, 2016.

vida do usuário¹⁵⁹. Trata-se de uma visão mais profunda acerca do consumo de drogas, pautada no indivíduo, no contexto no qual ele está inserido e então na substância.

O modelo tem seu berço na Europa, na primeira metade do século XX, no ano de 1926¹⁶⁰, com o Relatório Rolleston (Inglaterra), tendo obtido visualização internacional décadas depois, com a implementação, em Amsterdã, na década de 80, do Projeto de Troca de Seringas¹⁶¹.

Em 1980 surge em Amsterdã a primeira associação de usuários de drogas injetáveis (“Junkiebond”), que inovou em no ano de 1984 com o projeto de troca de agulhas e seringas, com o objetivo inicial de prevenir hepatites, e posteriormente de evitar a transmissão do HIV¹⁶². Com o sucesso das ações em Amsterdã, as estratégias passaram a ser utilizadas por diversos outros países, ao exemplo da Austrália (1985) e Canadá (1887), de forma governamental, e nos Estados Unidos (final da década de 1980), sem apoio governamental. Ainda no final dos anos 80 a R.D. ganhava adeptos na Europa (França, Alemanha e Suíça).

No Brasil, o primeiro registro de ações rotuladas como Redução de Danos, aconteceu em Santos, no ano de 1989, por meio do Programa de Troca de Seringas (P.T.S.s), visando combater a disseminação do vírus do HIV em um contexto de popularização do uso de drogas injetáveis (majoritariamente cocaína) e epidemia de AIDs¹⁶³.

Embora desde 1985 a Bahia já contasse com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), que viria a ser um dos maiores grupos de R.D. no país, à época o Centro ainda não era considerado, tecnicamente, como centro de redução de danos, pois, somente após alguns anos de estudo e atividades que foram implementadas tais ações¹⁶⁴.

Assim, o P.T.S.s surgiu com o objetivo de trocar seringas usadas por novas, de modo a reduzir a contaminação e propagação de doenças por meio dos usuários. Por óbvio que o programa, na década de 80 não foi muito bem recepcionado, tendo causado movimentação das agências penais que entenderam a conduta praticada pelo P.T.S.s como formas de induzir, instigar, auxiliar e contribuir para o incentivo e difusão do uso de psicoativos, equiparando-as às práticas

¹⁵⁹ Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 22 mai. 2018.

¹⁶⁰ ANDRADE, Tarcisio Mattos de. Redução de danos: um novo paradigma? In. **Drogas e cultura a: novas perspectivas** / Beatriz Caiuby Labate, et. al., (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008. p. 88

¹⁶¹ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 48.

¹⁶² *Ibidem*, loc. cit.

¹⁶³ *Ibidem*, p. 51.

¹⁶⁴ NERY, Antonio. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 05 out 2018**. [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "1" desta monografia]

de tráfico ilícito de entorpecentes, conforme o art. 12, §2º, I e III da então vigente Lei de Entorpecentes¹⁶⁵ (Lei 6.368/76).

A ação deu início a instauração de Inquérito Policial (I.P.) em desfavor dos coordenadores do projeto e do Secretário da Saúde de Santos, bem como à propositura de Ação Civil Pública contra a Prefeitura Municipal e contras as entidades envolvidas com o programa. O I.P. foi posteriormente arquivado e a Ação Civil Pública teve seu fim por meio de Termo de Ajustamento de Conduta assumido pelo município¹⁶⁶.

Em 1991 surge em Santos, por meio de iniciativa de diversos profissionais ligados ao P.T.Ss., o Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (IEPAS), uma organização não governamental criada por profissionais da área de saúde, que, dado o encerramento das atividades do programa de troca de seringas, buscou uma nova alternativa de R.D.: a distribuição de hipoclorito de sódio para desinfetar as seringas utilizadas na aplicação da cocaína. A iniciativa se deu após ser observado que os usuários de injetáveis tinham preocupação acerca da higiene de suas seringas, contudo não detinham dos meios necessários para fazê-la de maneira correta¹⁶⁷.

Ainda em 1991, preocupada com a disseminação do vírus do HIV e de DSTs, a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde criou o “Projeto de Drogas”, setor responsável pela elaboração de novos projetos, priorizando a atenção aos usuários de drogas injetáveis¹⁶⁸.

Em 1995, dez anos após a sua criação, o CETAD instituiu e efetivou um novo programa de troca de seringas, na cidade de Salvador/Ba, em parceria com a Faculdade de Medicina da

¹⁶⁵ Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar; (Vide Lei nº 7.960, de 1989) Pena - Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias multa.

§2º Nas mesmas penas incorre quem, indevidamente:
I - induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica;
(...)

III - contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

¹⁶⁶ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 52.

¹⁶⁷ *Ibidem, loc. cit.*

¹⁶⁸ *Ibidem, loc. cit.*

Bahia, contando com o apoio do Conselho Estadual de Entorpecentes, como uma atividade experimental no atendimento de usuários de injetáveis¹⁶⁹.

Ainda em 1995 surgem os primeiros Consultórios de Rua, vinculados ao Ministério da Justiça, pela secretaria responsável à época pelas políticas de drogas, com o foco na saúde mental dos assistidos¹⁷⁰.

A partir de então as políticas de Prevenção de Riscos e Danos passaram a ter um maior respaldo na comunidade científica e acadêmica, assim como novos projetos passaram a ser implementados em outras cidades. Aliado a isso, a epidemia de HIV alcançava patamares até então nunca antes atingidos, em razão da proliferação do vírus. Foi nesse contexto que entre 1994 e 1996 o Ministério da Saúde financiou um significativo estudo acerca do comportamento de usuários de drogas injetáveis¹⁷¹.

Nesse novo cenário, em 1997 surge a Associação Nacional de Redutores de Danos (ABORDA), composta por usuários e ex usuários de drogas, com o objetivo representar os direitos dos redutores e dos usuários¹⁷².

Seguindo essa onda de avanços, o ano de 1998 trouxe dois importantes marcos para a consolidação da R.D. no país. O primeiro foi a realização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos, na cidade de São Paulo, que contou com representantes de cinquenta países diferentes que debateram as ações de redução de danos. O segundo foi a Lei Estadual nº 9.758/97, sancionada pelo Governador do Estado de São Paulo, que regulamentou a política de R.D. no território estadual e autorizou as intervenções de troca de seringas no Estado. No fim do mesmo ano foi fundada a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), organização que visa articular e promover assuntos relacionados à R.D.¹⁷³

Somente no ano de 2005 o ministério de Saúde editou as Portarias números 1.028, no dia 01 de julho e 1.059, no dia 04 de julho de 2005, legitimando as estratégias de Redução de Danos, regulamentando as ações que visam à Redução de Danos e destinando incentivo financeiro para as ações de R.D. em CAPS.

¹⁶⁹ NERY, Antonio. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 05 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "1" desta monografia]

¹⁷⁰ *Ibidem.*

¹⁷¹ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas.** São Paulo: Saraiva, 2013, p. 53.

¹⁷² *Ibidem*, p. 54.

¹⁷³ INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. **Rede Brasileira de Redução de Danos.** Disponível em: <<https://idpc.net/pt/profile/reduc>>. Acesso em: 09 de out de 2018.

Ainda em 2005 a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) aprovou e estabeleceu a redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional Antidrogas do Brasil, por meio da Resolução nº3/CONAD, de outubro de 2005, que trazia, dentre outras metas, a positivação de que as estratégias de redução de danos não se configuram como incentivo ao uso de drogas, mas sim como política preventiva¹⁷⁴.

Em fevereiro de 2006 o Estado de São Paulo inova com a aprovação da Lei Estadual nº 12.258¹⁷⁵, que tratava sobre direitos dos usuários de drogas, dispondo que o governo estadual deveria estabelecer políticas de “prevenção, cuidados, tratamento e de reinserção dos usuários de drogas, que articulem os diferentes campos de saúde, educação, juventude, família, previdência, justiça e emprego, estimulando e promovendo atividades públicas e privadas (...)”¹⁷⁶.

Também em 2006 foi publicada a lei 13.346 que faz diversas referências à adoção de medidas pautadas na Redução de Riscos e Danos, como os princípios do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD), as atividades de prevenção de uso indevido e reinserção social dos usuários¹⁷⁷.

Ocorre que, embora a Lei de Drogas tenha previsto a adoção de abordagens redutoras, sua instituição foi muito mais formal do que prática, tendo em vista que o conteúdo da lei acaba por descaracterizar as medidas fundadas na R.D. dada a lógica repressiva e punitiva que o Legislador reforçou ao manter as condutas de uso e produção de entorpecentes na ilegalidade¹⁷⁸.

3.2 PRINCÍPIOS NORTEADORES, FUNDAMENTOS E FORMAS DE ATUAÇÃO

A política de R.R.D., como visto, é pautado no respeito à autonomia do indivíduo, respeitando a sua liberdade de dispor sobre si e sobre a sua saúde, assegurando que cabe ao usuário decidir a forma como irá se dar a sua relação com as ditas drogas, seja pela continuidade do consumo,

¹⁷⁴ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 54.

¹⁷⁵ *Ibidem*, p. 55.

¹⁷⁶ Art. 1º da Lei Estadual 12.258/06 - **TA CERTA ESSA REFERÊNCIA ?**

¹⁷⁷ **REFERENCIAR A LEI**

¹⁷⁸ CARVALHO, Salo de. **A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06**. São Paulo: Saraiva, 2016. p. 190.

pela redução, ou ainda pela abstinência, objetivando, sempre a promoção da sua saúde, sem qualquer tipo de julgamento moral¹⁷⁹.

Ao falar de autonomia e liberdade de escolha é importante romper com a ideia proibicionista de juízo moral sobre o fenômeno de drogas, de modo que, a escolha do indivíduo somente poderá ser considerada autônoma quando ele estiver dotado de informações pragmáticas e livres de juízos valorativos, pois “só é possível se admitir que existe liberdade de escolha, quando se sabe o que está escolhendo”¹⁸⁰.

As ações de Redução de Danos visam proteger a vida do sujeito, reduzindo os riscos relativos ao uso de drogas, por meio de ações de prevenção, que podem ser, resumidamente, divididas em três categorias: (I) Prevenção Primária, que visa postergar, ou até mesmo evitar, que o indivíduo crie um vínculo com a substância, sendo, em sua maioria, direcionada para aqueles sujeitos que ainda não iniciaram o consumo do psicoativo; (II) Prevenção Secundária, ações voltadas às pessoas que já fazem uso da substância, mas não em caráter abusivo, ou crônico, e têm por objetivo evitar que a relação estabelecida com a droga evolua para um quadro mais gravoso; e (III) Prevenção Terciária, que se destina aos usuários que já sofrem com problemas em decorrência do uso de drogas e tem como finalidade a recuperação da dignidade do sujeito e a sua reinserção nas suas esferas sociais¹⁸¹.

Já as ações direcionadas à redução dos danos decorrentes do consumo das drogas, as ações de R.D. objetivam amenizá-los nas três principais esferas em que se concretizam, quais sejam: danos à saúde (físicos); psíquicos; ou ainda sociais.

A ideia dos danos causados pelo uso de determinados substâncias possui íntima relação com o conceito de vulnerabilidade, existente na bioética, que, aplicado ao fenômeno de drogas, pode ser compreendido como vulnerabilidade física, psíquica e social. A expressão vulnerabilidade deriva do latim *vulnus*, que é a capacidade de ser ferido¹⁸². Portanto, a vulnerabilidade em razão do uso de drogas seria justamente a capacidade que aquele indivíduo tem de ser ferido (na sua esfera física, social ou psíquica) pelo uso de droga.

¹⁷⁹ VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. A Redução de Riscos e Danos na saúde mental através do CAPS-AD. *In*. NERY FILHO, Antonio.(Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p. 218.

¹⁸⁰ *Ibidem*, p. 215.

¹⁸¹ ALIANÇA DE REDUÇÃO DE DANOS FÁTIMA CAVALCANTI. **Cartilha: Projeto Prevenção do uso abusivo de drogas em ambientes escolares**.

¹⁸² NERY FILHO, Antonio. **Uso de drogas e vulnerabilidade: dano ou proteção**. Da série: Conversando com Nery. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=XnfrLhxJhI8>> . Acesso em 21 ou 2018.

Ribeiro, ao tratar da questão das vulnerabilidades, aponta três planos em que as vulnerabilidades podem ser percebidas. O primeiro diz respeito à Vulnerabilidade Psicossocial, ou Vulnerabilidade Individual, relacionado aos aspectos pessoais do sujeito (psíquicas, físicas e sociais). O segundo plano seria o da Vulnerabilidade Institucional, que seria aquela vulnerabilidade instituída perante às instituições às quais o sujeito encontra-se vinculado, de caráter estatal ou não, como escola, igreja, ou qualquer outra instituição a que possua ele possua vínculo. E, o terceiro plano seria o da Vulnerabilidade Comunitária, ou Vulnerabilidade Social, que remete ao contexto social, comunitário, ao grupo social como um todo a qual o sujeito pertence¹⁸³.

Assim, ao compreender o fenômeno de drogas, e ao tratar de R.R.D., em especial dos danos, é essencial que sejam observados esses critérios de vulnerabilidades e os planos em que eles operam seus efeitos, para que, então, sejam pensadas as propostas de intervenção levando em conta as peculiaridades do grupo, ou do indivíduo, assistido.

As ações de Redução de Riscos e Danos se orientam com base em três principais linhas, voltadas à reduzir a situação de vulnerabilidade dos usuários, e permitir que estes mantenham uma vida digna. Tais orientações seriam referentes ao Pragmatismo (porque a R.D. é um método utilizado com o objetivo de proteger a vida de pessoas, através de ações pragmáticas), à Tolerância (a abordagem redutora não faz qualquer tipo de discriminação entre os usuários, seja em razão da substância por ele consumida, ou por qualquer outro aspecto discriminatório) e à Diversidade (que compreende o consumo de drogas como um fenômeno multidisciplinar e os sujeitos como indivíduos dotados de características próprias, que não podem ser afastadas quando da prestação do cuidado)¹⁸⁴.

A idéia chave do método da Redução de Danos, portanto, é permitir que os usuários, munido de informações dissociadas de qualquer juízo moral, possa, no arbítrio de sua autonomia e no exercício de sua liberdade de escolha, decidir como irá se dar sua relação com as drogas, e, caso opte por buscar auxílio, ou tratamento, que estes sejam feitos pautados no melhor interesse do paciente para a proteção da sua vida, aspirando a diminuição das vulnerabilidades que lhes são inerentes.

¹⁸³ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 63.

¹⁸⁴ Tarcisio Mattos de Andrade. ANDRADE, Tarcisio Mattos de. Redução de danos: um novo paradigma? (org.) LABATE, Beatriz Caiuby. *In. Drogas e cultura a: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 88.

Ao falar em Redução de Danos a associação à bioética¹⁸⁵ e ao biodireito¹⁸⁶ é iminente, tendo em vista que a proposta de redução de danos tem seu berço na saúde e pode por ela ser fundamentada, porquanto também encontra fundamentos na ordem do biodireito.

A bioética trabalha com quatro princípios chaves, sendo eles: Beneficência (imperam que o atendimento feito pelo profissional de saúde deve ser feito em respeito aos interesses do paciente, visando sempre o seu bem-estar e a melhora a proteção da sua saúde), Não Maleficência (é uma consequência do princípio da beneficência, e reside na ideia de que o profissional de saúde não pode prejudicar, intencionalmente, a saúde de seu paciente), Autonomia (entende que o profissional de saúde deve respeitar a autonomia do paciente, levando em conta sua liberdade de escolha em sentido amplo, quanto aos procedimentos a serem adotados a seu favor, respeitando à sua intimidade e vontade) e Justiça (referente à distribuição dos riscos e benefícios referentes à atuação da equipe médica, do corpo de saúde, no tratamento do paciente)¹⁸⁷

Já o biodireito tem, em síntese, como princípios: a Precaução (que determina que a equipe de saúde deve adotar todas as medidas de proteção que estejam ao seu alcance em caso de risco de dano grave ou irreversível, quando do atendimento ao paciente), a Autonomia Privada (relativo à autonomia que o sujeito tem de realizar atos da vida, de dispor sobre a sua vontade), a Responsabilidade (refere-se a assunção das consequências decorrentes dos atos praticados pelo causador do dano) e a Dignidade (é a garantia de liberdade do indivíduo desenvolver sua vida, de maneira plena, de acordo com os aspectos internos que compõem o seu ser e a sua dignidade, é a ideia de dignidade da pessoa humana prevista no art. 1º, III, da C.F/88)¹⁸⁸.

Nesse sentido, o que se percebe é uma íntima relação entre os pilares da proposta de respeito a autonomia dos usuários (assistido) e da sua capacidade de autodeterminar-se na escolha dos métodos a serem utilizados para cuidar da sua saúde e de participar do tratamento que lhe está sendo ministrado, estando, a atuação da equipe (médica ou redutora) limitada a essa base principiológica.

Ainda, a Redução de Danos encontra sua fundamentação nos regimes democráticos de direito, em especial quanto às garantias fundamentais e no que tange aos direitos básicos dos cidadãos,

¹⁸⁵ A bioética é o campo do saber que estuda as questões éticas das práticas de saúde e biologia, principalmente no campo da ética.

¹⁸⁶ O biodireito é reflexo da juridicização da bioética e da medicina e trabalha essas questões no campo do direito, da dogmática jurídica.

¹⁸⁷ DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2011, pp. 38/39.

¹⁸⁸ SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015, pp. 40/42.

do acesso à saúde, e da sua dignidade. Isto posto, serão apresentados alguns fundamentos que legitimam as ações de Redução de Danos.

Nesse sentido, a Constituição Federal¹⁸⁹ traz que o Estado Democrático de Direito tem como fundamento a cidadania (art. 1^a, II) e da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1^o, III), e traz as garantias constitucionais de Inviolabilidade da Vida Privada (art. 5^o, X)¹⁹⁰ e do Acesso à Saúde (art. 196)¹⁹¹, como garantias básicas inerentes à qualquer cidadão¹⁹².

Já a Lei 8.080/90¹⁹³ (Lei que Institui o SUS) aponta que as ações que integram o SUS deverão ocorrer de acordo com os princípios base contidos nos artigos sétimo, tais quais: Universalidade no atendimento (Inciso II); Preservação da Autonomia do paciente (Inciso III); Igualdade da assistência, sem qualquer preconceito (Inciso IV); e Direito à Informação (Inciso V).

Outra Lei referente ao direito à saúde é a da Reforma Sanitária (Lei 10.216/01) que regula a proteção às pessoas acometidas com transtornos mentais (situação na qual se insere o usuários crônico, ou toxicômano, de SPAs), dispendo no artigo segundo sobre os direitos dessas pessoas, como: Acesso ao melhor tratamento levando em contadas às suas necessidades (Inciso I); ser tratado no interesse exclusivo de beneficiar à sua saúde (Inciso II); e de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis (Inciso VIII)¹⁹⁴.

Por fim, merece ser apontada a Lei de Drogas¹⁹⁵ e suas regulações acerca do Sisnad, estabelecendo como princípios, no artigo quarto: o Respeito à Autonomia e Liberdade da pessoa humana (Inciso I); “Respeito às diversidades e especificidades populacionais existentes” (Inciso II); Promoção da cidadania e reconhecimento da proteção ao uso (indevido) de drogas

¹⁸⁹ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 20 out 2018.

¹⁹⁰ Art. 5^o, X: 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.

¹⁹¹ Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁹² RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 59.

¹⁹³ BRASIL. **Lei 10.2016 de 06 de abril de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em 29 out 2018.

¹⁹⁴ É DE LEI. **Cartilha. Drogas e Direitos Humanos é de lei**. p 43. Disponível em: <http://edelei.org/_img/_banco_imagens/cartilha-dh_e-de-lei.pdf?phpMyAdmin=d5k1Zke7bAb7b0FX4U9Wg5xnHh5>. Acesso em 28 out 2018.

¹⁹⁵ BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em 22 maio 2018.

(Inciso III)¹⁹⁶; “(...) atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” (Inciso VII); e, também, a adoção de ações multidisciplinares para compreender o fenômeno do consumo de drogas e elaborar atividades de prevenção e reinserção social (Inciso IX).

Ainda na Lei 11.343/06 o artigo décimo oitavo reconhece os fatores de vulnerabilidade quando da promoção e elaboração das atividades de prevenção aos riscos, trazendo em seguida, no artigo décimo nono uma lista de princípios a serem observados quando da realização das ações de prevenção, dos quais merecem destaque:

- II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;
- III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;
- V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;
- VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;
- VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;
- IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;
- XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;

Ora, o Inciso “II” nada mais é do que o princípio do Pragmatismo e da Tolerância, o “III” trata justamente da ideia de Autonomia, pilar base da R.D., o “V” representa o princípio da Diversidade, o “VII” trata da ideia de Vulnerabilidade, fator chave quando da elaboração de políticas de R.D., o item “VIII” remete à ideia de tentar atenção integral ao usuários e ao contexto no qual ele está inserido, o “IX” é mais uma forma de se pensar na Pragmaticidade das ações de Prevenção, e da dinamicidade das formas de ação, e, por fim, o “XI” trata da educação, de fornecer informação aos sujeitos, o que é intimamente ligado à ideia de Prevenção Primária e Secundária, já abordadas no presente capítulo.

Já para as ações voltados ao cuidado e à reinserção social do usuário, o artigo vigésimo segundo traz a ideia do princípio: da Tolerância e do respeito à dignidade da pessoa humana (Inciso D)¹⁹⁷; da Diversidade (Inciso II)¹⁹⁸; do reconhecimento da Vulnerabilidade Individual e Social

¹⁹⁶ RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 61.

¹⁹⁷ “Respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social”

¹⁹⁸ “A adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais”

do sujeito, que deve ser tratada por meio de tratamentos individualizados, Pragmatismo, (Inciso III)¹⁹⁹; e o atendimento por meio de equipe multidisciplinar (Inciso IV)²⁰⁰, premissa básica das intervenções de R.D..

Assim, o que o Legislador tratou de fazer foi positivar alguns dos princípios base da Redução de Riscos e Danos, e algumas das suas formas de atuação, nos princípios de prevenção e atenção a serem adotados na Política de Drogas Nacional junto aos usuários.

Passadas as explicações acerca da principiologia e fundamentos da política de R.R.D., cabe apontar as formas pelas quais essas ações são realizadas e formas de interação com os usuários.

Como dito, a R.D. pauta-se na ideia de respeito à autonomia do sujeito e à sua liberdade de escolha, desse modo, o que se percebe das abordagens redutoras é que elas nunca são feitas de maneira impositiva, tendo o caráter voluntário como marco inicial no atendimento, e prezando, durante todo o acompanhamento, pela participação ativa do usuário. Nesse sentido, Rodrigues aponta:

(...) preciso construir com aquela pessoa as condições para ela continuar seu próprio trabalho, tem que partir também do desejo dela, não faz sentido ser de outro jeito.

(...)Se não é através do respeito e da autonomia essa pessoa não está participando ativamente e efetivamente dessa forma. Então, ou vai ser uma pessoa maltratando a outra, ou uma pessoa tentando fazer pela outra. Aí o que vai sustentar o tratamento vai ser quem está tendo a atividade, não o sujeito passivo que está recebendo a terapia.²⁰¹

Assim, a R.D. trabalha de modo que ninguém tem melhor condição de dispor sobre a vida do usuário, e sobre o tratamento aos quais ele deve se submeter, que não ele, assim “o objetivo da assistência deve ser construído com o sujeito e não sobre ele”²⁰². É o que se chama de horizontalidade nas relações entre redutor-assistido.

A premissa de respeito à liberdade parte de estudos da psicologia que demonstram que para que de fato haja uma mudança no comportamento daquele sujeito é necessário que não só ele participe do processo da mudança, mas que também protagoniza essa mudança²⁰³.

¹⁹⁹ “Definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde”

²⁰⁰ “Atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais”

²⁰¹ RODRIGUES, Iago. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 15 ago 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "4" desta monografia]

²⁰² VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. A Redução de Riscos e Danos na saúde mental através do CAPS-AD. *In*. NERY FILHO, Antonio.(Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.** Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p. 212.

²⁰³ MAGALHÃES, Marcelo. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "3" desta monografia]

Outro fato importante na atuação pautada na R.D. é que, via de regra, é uma atuação feita por usuários, ou ex usuários, para usuários, assim, o diálogo é facilitado e a relação de confiança estabelecida entre assistido e assistente não se reduz a uma relação de paciente-médico, pois, ambos os sujeitos envolvidos no contato compartilhando de um ponto de partida em comum. É uma relação construída “de pares para pares” e não “de ímpares para pares”²⁰⁴.

Vale também apontar que embora a Redução de Danos tenha sido, e ainda seja, nos dias de hoje, comparada com ações de indução, instigação ou auxílio ao consumo de drogas (art. 33, §2º da Lei de Drogas) em especial quanto às ações de R.D. para às drogas ilícitas, tal relação não se justifica.

Inicialmente, pois, as políticas de R.D. já foram abarcadas pela Lei de Drogas, e, nesse sentido, as ações de redução possuem finalidades muito distintas das previstas no parágrafo segundo do artigo 33, porquanto as primeiras visem à melhoria na qualidade da vida do usuários e à promoção de seus direitos, em especial do seu acesso à saúde, as segundas não possuem tal objetivo²⁰⁵.

Desse modo, é ilegítima qualquer intervenção no sentido de obstar a promoção de ações de R.R.D., com o fundamento de que o redutor, ou mesmo a equipe, estaria incorrendo no ilícito tipificado no art. 33 da Lei 11.343/06.

Nessa lógica, Nery Filho explica que a R.D. não se trata de instigação ao uso, ou mesmo apologia a ele, mas sim de “uma questão de vida, é uma proposta de existência, é uma proposta de redução de sofrimento, é uma proposta de encontro de pessoas, garantindo a cada um a sua existência e as suas vidas”²⁰⁶.

São ações que visam o empoderamento daqueles sujeitos que se encontram numa situação de vulnerabilidade, de clandestinidade, de marginalização, em prol de suas vidas, do resgate de suas dignidades, da recuperação de suas saúdes, e da redução dos males que lhes acometem.

3.3 REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS E OS DIFERENTES TIPOS DE DROGAS

²⁰⁴ MAGALHÃES, Marcelo. Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018. [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "3" desta monografia]

²⁰⁵ PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013, p. 77.

²⁰⁶ NERY, Antonio Filho. **A Redução de Danos (RD): de uma prática clínica para uma prática política**. Da série: Conversando com Nery. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=Y-wQHe11yWs>>. Acesso em: 20 out 2018.

As ações de R.R.D., pelo caráter de vulnerabilidade dos usuários de drogas ilícitas, na maioria das vezes são desenvolvidas para atender a esses sujeitos, de modo que, em razão da ausência de regulamentação e da própria negligência estatal, a R.D. tem focado na promoção da saúde dessas pessoas.

Em que pese a política de Redução de Riscos e Danos tenha se popularizado em razão das ações voltadas para o uso de drogas ilícitas, inicialmente para as injetáveis, e posteriormente ampliadas às demais formas de consumo e tipos de substâncias, é importante apontar que sua metodologia não só pode ser aplicada para os demais tipos de drogas, como também mostraram-se como bastante eficientes no que tange às políticas de prevenção de riscos e diminuição, ou mesmo controle, de danos.

Como visto anteriormente (vide capítulo 2) o uso de qualquer substância pode acarretar em riscos e danos à saúde do consumidor, à sociedade e ao próprio Estado. Mesmo o Legislativo tendo optado por elaborar políticas de repressão direcionadas a um grupo específico de drogas, todas elas são igualmente potenciais causadoras de danos.

Com isso, faz-se importante a tomada de medidas de precaução para tentar que tais danos se instauram, ou, uma vez instaurados, de formas de se conter o dano, para que ele produza o mínimo de efeitos possíveis, de maneira a resultar em menores prejuízos ao usuário.

Pelos princípios e fundamentos das políticas de Redução, faz-se importante, para o desenvolvimento do presente trabalho, tecer algumas considerações sobre como essa metodologia pode ser aplicada quando do consumo de drogas lícitas, seja as de fins recreativos, seja as de fins medicinais-terapêuticos.

Por essas razões, os próximos tópicos irão explorar como essas ações se desenvolvem para essas drogas legalizadas e as razões de serem instrumentos eficazes e menos invasivos para a realização do cuidado aos indivíduos.

3.3.1 REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS PARA PSICOATIVOS LÍCITOS

Os psicoativos lícitos, especialmente o álcool e o tabaco, mostram-se como as drogas que oferecem maiores riscos físicos e psíquicos aos seus usuários, contudo, seja em razão da ausência de notificação acerca desses riscos, também pelo fato destas drogas não serem

criminalizadas, ou ainda pelo longo processo midiático de glamourizando delas, a população em geral acaba por ignorar, ou mesmo desconhecer a lesividade de seus consumos.

No Brasil, o uso crônico de bebidas alcoólicas (alcoolismo) representa um grande problema da saúde pública, causando inúmeras mortes, seja pelos acidentes de trânsito relacionadas com o seu consumo (dada o seu efeito depressor no sistema nervoso central), pela violência associada ao seu consumo (em parte pela desinibição que o álcool causa nas pessoas), pela toxicomania quando do uso abusivo prolongado, pelas mortes causadas por *overdose* (que pode variar de “ressacas” à quadros de coma, ou ainda à morte).

Além dos riscos citados acima, merecem destaques os riscos associados a saúde do próprio usuário, pois, mostram-se bem preocupantes, seja em razão da quantidade de riscos, seja em razão da intensidade dos danos. O uso crônico de álcool pode desencadear em: dependência química (doença que acomete cerca de 10% da população brasileira), que desencadeia graves complicações à sociabilidade do usuários e à sua saúde física (desde quadros leves de abstinência à crises de convulsão e desorientação); doenças ligadas ao fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose); complicações no aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e problemas no pâncreas); problemas cardiovasculares (hipertensão e quadros cardíacos); e ainda os riscos de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis em razão de relações sexuais desprotegidas²⁰⁷.

Pelo exposto, percebe-se que o uso de álcool é relacionado com diversos riscos e potenciais danos de diversos graus, contudo o álcool ainda se mantém como um droga lícita, veiculada nas mídias e inserida no dia a dia da sociedade.

Seja pela hipocrisia do discurso proibicionismo, ou pelo fracasso da proibição do álcool norte americana nos anos 20, os Estados parecem ter aceitado que o consumo de álcool não pode ser controlado por meio da proibição²⁰⁸. Ao tratar das bebidas alcoólicas, as políticas de Redução de Danos já se mostraram, na história brasileira, como eficientes na diminuição dos riscos e atenuamento dos danos.

²⁰⁷ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, pp. 14-15.

²⁰⁸ KARAM, Maria Lúcia. **Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição**. Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o ‘crack’ (orgs. Lucília Elias Lopes e Vera Malaguti Batista). Criminologia de Cordel 3. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 267. Texto disponível em: <<https://antiproibicionista.com/2015/01/08/guerra-as-drogas-e-saude-os-danos-causados-pela-proibicao-por-m-lucia-karam/>>. Acesso em 05 mai. 2018.

Como exemplo, tem-se a publicação da famosa “Lei Seca²⁰⁹” e as alterações nela acrescentadas decorrentes da Lei 12.760/12, que alteraram o Código de Trânsito Brasileiro, quanto às disposições relativas à “dirigir sob a influência de álcool (...) (art. 165, CTB)²¹⁰ .

Nesse sentido, a legislação brasileira dispõe que pode recair em infração administrativa (caso seja detectada uma concentração igual ou superior a 0,05 mg de álcool por litro de ar, ou se detectados sinais de embriaguez pela autoridade administrativa), situação na qual o sujeito terá que pagar uma multa administrativa e terá sua licença para dirigir recolhida. Ou ainda em infração penal²¹¹ (quando for detectado índice de concentração igual ou superior a 0,6g de álcool por litro de sangue, ou 0,34 mg, ou mais, de álcool por litro de ar), hipótese na qual o motorista poderá ser condenado à pena de detenção, multa e suspensão da carteira de motorista²¹².

Outros exemplos de R.D. voltados ao consumo de álcool são: a veiculação de informações sobre o consumo excessivo feita pela AMBEV quando das propagandas de bebidas alcólicas; as Leis municipais que versam sobre a proibição da venda de bebidas alcólicas em determinados locais (como a Lei Municipal nº 8.258/2012, soteropolitana que proibiu a venda de bebidas alcólicas em postos de gasolinas a partir de determinado horário); ou ainda a venda de medicamentos (suplementos) para atenuar os efeitos do uso crônico de álcool, como o Engov²¹³.

Contudo, embora existentes as ações de Redução de Danos para o consumo de álcool, estas ainda se mostram tímidas, frente à cultura de alcoolização existente no ocidente e às forças das grandes empresas que exploram a atividade. Foi nesse sentido que Magalhães expôs seu

²⁰⁹ Lei 11.705/08.

²¹⁰ BRASIL. **Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997.** Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9503.htm>. Acesso em: 30 out 2018.

²¹¹ Art. 306. Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência: (Redação dada pela Lei nº 12.760, de 2012)
Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.

§ 1º As condutas previstas no caput serão constatadas por: (Incluído pela Lei nº 12.760, de 2012)

I - concentração igual ou superior a 6 decigramas de álcool por litro de sangue ou igual ou superior a 0,3 miligrama de álcool por litro de ar alveolar; ou (Incluído pela Lei nº 12.760, de 2012)

II - sinais que indiquem, na forma disciplinada pelo Contran, alteração da capacidade psicomotora. (Incluído pela Lei nº 12.760, de 2012)

§ 2º A verificação do disposto neste artigo poderá ser obtida mediante teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, vídeo, prova testemunhal ou outros meios de prova em direito admitidos, observado o direito à contraprova. (Incluído pela Lei nº 12.760, de 2012)

§ 3º O Contran disporá sobre a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeito de caracterização do crime tipificado neste artigo. (Incluído pela Lei nº 12.760, de 2012)

²¹² CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Lei nº 12.760/2012.** Disponível em:<<http://www.cisa.org.br/artigo/2579/lei-n-127602012.php>>. Acesso em: 30 out 2018.

²¹³ CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. **Álcool e Redução de Danos.** Disponível em:<<http://www.cisa.org.br/artigo/318/alcool-reducao-danos-no-brasil.php>>. Acesso em 30 out 2018.

pensamento sobre a razão de não existirem muitas campanhas voltadas à redução de riscos no carnaval de Salvador “Salvador não tem uma redução de riscos, e eu nem sei se tem condições de ter, porque quem banca o carnaval é a indústria do álcool, que é a droga que produz mais riscos e mais danos, então acho que tem que ter.”²¹⁴

Já quanto ao tabaco, os riscos e danos a ele associados à nicotina²¹⁵ são inúmeros, voltados principalmente à saúde (tanto do fumante ativo quanto do passivo), dentre eles merecem menção: facilidade de dependência química; pneumonias; cânceres (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago); doenças cardíacas (infarto); doenças respiratórias (bronquite e enfisema pulmonar); derrame cerebral; úlcera²¹⁶.

Quanto à nocividade do cigarro, VARELLA destaca

Cigarro não é hábito, é dependência química, dependência de nicotina, e a dependência de nicotina é a pior das dependências químicas. (...) É a única droga que da dependência, que dá crise de abstinência em minutos. É a mais difícil de largar.

Ainda assim, novamente os Estados optam por manter o tabaco como uma droga legal, em detrimento de outras menos danosas que se mantêm por anos criminalizadas e marginalizadas.

Acerca das medidas de Prevenção e Redução de Danos atinentes ao consumo do tabaco podem ser listados: utilização de filtros quando do fumo; utilização de cigarros eletrônicos ou vaporizadores; veiculação de imagens sobre os males do tabagismo nas carteiras de cigarro; alíquotas elevadas no Imposto de Produtos Industrializados; proibição de divulgação de cigarros nos de comunicação de massa; e as ações realizadas pelo Ministério da Saúde para desestimular o seu uso²¹⁷.

3.3.2 Redução de Riscos e Danos para Drogas Farmacoterapêuticas

A situação do consumo de drogas medicinais, ou farmacoterapêuticas (lícitas) tem sua importância no que tange a falta de informação que a sociedade possui sobre o seu uso. Por vezes o que se constata são casos de pessoas que se automedicam, sem nem ao menos

²¹⁴ MAGALHÃES, Marcelo. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "3" desta monografia]

²¹⁵ Substância psicoativa extraída da planta do tabaco

²¹⁶ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas.** Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, p. 40/42.

²¹⁷ *Ibidem, loc. cit.*

consultarem um especialista e sem a ciência acerca dos riscos decorrentes daquele medicamento.

O Brasil é um dos países que mais sofre com a automedicação, de modo que as pessoas utilizam-se de medicamentos sem qualquer cuidado, ou, por vezes, sem nem ser indicado o medicamento para o seu quadro. Nery chama esse fenômeno de “medicalização da vida”, esse excesso pela busca de medicamentos para tentar apaziguar os sofrimentos da vida²¹⁸.

Em razão da grande variedade de fármacos existentes no cotidiano, serão tratados a seguir apenas três grupos: Ansiolíticos; Anfetaminas e Anabolizantes.

O grupo dos ansiolíticos (ou tranquilizantes), são medicamentos voltados à ansiedade, e são um dos grupos de medicamentos mais utilizados no Brasil e no mundo, ocupando o quarto lugar entre os psicotrópicos mais consumidos nas capitais brasileiras²¹⁹, sendo o *Rivotril** o segundo medicamento mais vendido no país²²⁰.

Os ansiolíticos encontram-se no grupo das drogas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNV). Dentre os principais riscos do uso de ansiolíticos destacam-se: chances de intoxicação (se combinado com bebidas alcólicas); dependência (quando do uso contínuo) e indução à resistência²²¹.

O maior problema com os ansiolíticos é que pelo fato da sua venda ser realizada em farmácias, e a obtenção de receitas ser de fácil acesso, as pessoas acabam por utilizar-se em excesso de tais medicamentos, sem ser criado qualquer tipo de consciência coletiva acerca desse perigo. Nessa linha, Nery Filho expõe

As farmácias se tornaram minimercados de cosméticos e medicamentos e isso não é ingênuo. Aquele mercado que vende o shampoo, as pessoas passam e pegam o analgésico, ainda que não precisem disso. E o Poder Público é totalmente conveniente com isso, algo que é muito prejudicial para a saúde e muitos pesquisadores já mostraram em diversos congressos, em inúmeras publicações, que a automedicação, no Brasil, é uma questão de saúde pública. Os danos causados são imensos.²²²

²¹⁸ NERY, Antonio Filho. **A automedicação é um problema?** Da série: Conversando com Nery. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=hu7C7nXbMdM>>. Acesso em 26 out 2018.

²¹⁹ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, p. 21.

²²⁰ CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. **Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade**, Brasília, Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

²²¹ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *op. cit.*, p. 21.

²²² NERY FILHO, Antonio. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 05 out 2018**. [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "1" desta monografia]

Já as anfetaminas são psicoativos estimulantes do SNC utilizados para as mais diversas finalidades em razão dos diversos efeitos que apresentam ao interagirem com o organismo humano. São usados por caminhoneiros para se manterem acordados²²³; por pessoas em dietas para a perda peso²²⁴.

Outro alarmante tipo de uso das anfetaminas diz respeito aos voltados para os Transtornos de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), comercializados como *Ritalina*, do *Concerta* e *Venvanse* e são muito utilizados por estudantes para obter um “melhor rendimento acadêmico”²²⁶.

Não entrando no mérito acerca dos efeitos de tais medicamentos, visto que grande parcela da literatura médica defende que as anfetaminas teriam um efeito exclusivamente de placebo, a utilização desses fármacos enseja em riscos seríssimos à saúde dos consumidores.

As anfetaminas em geral produzem os seguintes efeitos adjacentes: dilatação da pupila (que prejudica o motorista enquanto dirige, em razão de aumentar a quantidade de luz que irá penetrar seus olhos); aceleração dos batimentos cardíacos (que pode levar à taquicardia, ou infarto); aumento da pressão sanguínea; dependência; delírios persecutórios; mudanças comportamentais; quadros de psicose; intoxicação; degeneração de células cerebrais; tolerância à substância; e nos casos de uso crônico, síndrome de abstinência quando interrompido abruptamente o consumo²²⁷.

Quanto aos anabolizantes, embora não se encaixem na categoria de psicoativas, estas merecem ser aqui tratadas em razão da popularidade que possuem, em especial perante o público jovem, e da sua toxicidade, e pela forma abusiva e sem controle que vêm sendo utilizadas²²⁸.

Os anabolizantes, ou esteróides, são drogas derivados da testosterona e são utilizados, predominantemente, para o ganho de massa muscular. As indicações medicinais para tais substâncias são muito restritas, contudo, a crescente onda de valorização do corpo, e da estética,

²²³ As anfetaminas possuem efeito inibidor do sono, e por isso, muitas vezes são utilizadas por motoristas que fazem viagens longas.

²²⁴ Outro efeito das anfetaminas é o de inibir o apetite, sendo, inclusive receitado por vezes para pessoas com esse objetivo.

²²⁵ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, p. 34.

²²⁶ VARELLA, Drauzio. **Ritalina sem prescrição**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=fPplwRuHHmI>>. Acesso em 20 out 2018.

²²⁷ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *op cit.* 2011, p. 34/35.

²²⁸ *Ibidem*, p. 61.

e da performance esportiva, fizeram com que tais produtos fossem cada vez mais utilizados pelos adeptos desse estilo de vida²²⁹.

Ocorre que o uso desmedido de tais substâncias é altamente perigoso, em especial quando utilizadas sem orientação médica, ou mesmo sem o devido acompanhamento de um profissional da área de saúde.

As preocupações em razão do uso de tais substâncias variam desde a origem e qualidade do produto (pois, muitas vezes, são comercializados produtos ilegais, ou clandestinos, que não passam por nenhum tipo de fiscalização), aos efeitos adversos do uso, tais: nervosismo, irritabilidade, problemas hepáticos, disfunções eréteis, problemas cardiovasculares, quadros de alucinações, agressividade, depressão pós uso e o risco de infecção e contaminação de doenças transmissíveis pelo compartilhamento de seringas (quando utilizada a droga por essa via)²³⁰.

Expostos os riscos e danos causados pelo uso indevido desses fármacos, cabe apontar algumas medidas de Redução de Riscos e Danos para o seu consumo. A primeira delas, e a mais óbvia, é que o consumo de qualquer uma dessas substâncias deve ser precedido de recomendação médica, e durante o período de uso, acompanhado por profissional qualificado para tanto.

Outro fator de prevenção diz respeito à dosagem e frequência do uso, que, na maioria das vezes é feita pelo médico que as prescreveu, mas ainda assim, caso o indivíduo opte por utilizar de tais substâncias sem acompanhamento médico, a maioria dos fármacos é acompanhado de uma bula, que contém instruções de uso, indicações de tratamentos e contraindicações de consumo.

Nesse sentido, os usuários possui um “manual de instrução” para o seu consumo, ainda que o faça por conta própria, facilidade que muitas vezes os usuários de drogas ilícitas não possuem, em razão da clandestinidade na qual se dá o consumo e a aquisição dos seus produtos.

É preciso entender que o uso de medicamentos, especialmente em excesso, pode vir a causar dependências ou doenças iatrogênicas, tema pouco debatido na comunidade médica e quase desconhecido para o senso comum, mas que se refere às doenças ou dependências causadas em razão de determinado tratamento²³¹.

²²⁹ VARELLA, Drauzio. **Moda de anabolizantes.** Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=FGCGuupY-vo>>. Acesso em 26 out 2018.

²³⁰ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas.** Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011, p. 62.

²³¹ NERY FILHO, Antonio. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 05 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "1" desta monografia]

Por fim, outra medida de R.D. que pode ser utilizada para tentar evitar as possíveis mazelas resultantes do consumo de tais substâncias, como aponta Rodrigues, é a substituição de determinada substância por outra que causem menos efeitos indesejados:

Se a gente for pensar em medicamentos alopáticos, por exemplo, eu diria que homeopatia pode ser uma redução de danos, porque tem efeitos colaterais muito menores, efeitos indesejados muito menores.²³²

Assim, embora não seja de senso comum, ou amplamente divulgado, as propostas de Prevenção aos Riscos e Danos podem ser aplicadas às drogas tipicamente vistas como medicinais, não se limitando, portanto, aos psicoativos ilícitos, ou ainda apenas às substâncias psicoativas.

3.4 REGULAMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Passados dez anos desde a implementação da Portaria 1.028/05 o Poder público ainda não realizou a sua complementação de maneira satisfatória, em âmbito nacional o Estado manteve-se inerte. As únicas normas que dispõem sobre à Redução de Danos, são: a Lei de Drogas, de maneira bem vaga e pouco precisa; a Portaria 1.059/05²³³ lançada três dias após a 1.028, que trata de destinar incentivo financeiro às ações de R.D. para os CAPSad, de maneira insatisfatória, pois trata somente da destinação aos CAPS, e com um valor²³⁴ quase que irrisório em se tratando das peculiaridades e necessidades para a manutenção das política de Redução de Danos, e somente para ações natureza pública (parágrafo segundo do artigo sexto).

Nesse sentido, cada Ente Federativo ficou responsável de realizar as regulações necessárias à efetivação da R.D., em seu território, contudo, o que se percebe, passados mais de trinta anos de Redução de Danos, e dez da Portaria 1.028/05 é que os estados preferem não tomar para si tal atribuição. Alguns estados, contudo, tomaram tais providências, mesmo que timidamente, e merecem menção no presente trabalho.

O Estado de São Paulo foi pioneiro quanto a tal regulação, tendo, inclusive, antecedido o Ministério da Saúde e, já em 1997 sancionou a Lei Estadual nº 9.758, autorizando a realização de ações para troca de seringas. No ano de 2006 o Estado de São Paulo produziu a Lei Estadual

²³² RODRIGUES, Iago. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 15 ago 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "4" desta monografia]

²³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.059, de 04 de julho de 2005.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1059_04_07_2005.html>. Acesso em 20 set 2018.

²³⁴ Art. 6º Definir que o incentivo de que trata o artigo 1º desta Portaria seja da ordem de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) anuais.

nº 12.258²³⁵. No ano seguinte, o Estado editou a Lei 12.637/07, que, embora não trate expressamente da R.D. tem um teor claramente voltado à Redução, pois torna obrigatório nas casas noturnas a disponibilidade de bebedouros com água potável para os frequentadores.

A cidade do Rio de Janeiro conta com a Lei Municipal 6.300/17 que estabelece às ações de Redução de Riscos e Danos como política municipal de saúde, e o Estado do Rio de Janeiro tem um Projeto de Lei Estadual (nº3.625/07), de autoria do Deputado Flávio Serafini, que visa trazer orientações e diretrizes para o desenvolvimento das ações de R.D. no Estado, complementando, assim, a Portaria 1.028.

A cidade do Recife também editou Lei própria para dispor das ações relativas à efetivação da Política de Redução de Danos, a Lei de número 18. 420/17.

A Bahia, precursora da R.D. no país, até então não editou norma específica acerca da política, embora exista um Projeto de Lei sendo elaborado para a regulamentação da profissão do redutor de danos. O tema, contudo, não é pacífico entre a comunidade de redutores, pois, alguns entendem que a regulação pode implicar em uma seleção que acabaria tirando a essência da redução de danos, nesse sentido:

(...) talvez eu seja purista ou talvez seja a minha escolha de redução de danos em dizer que é uma deturpação você criar uma função com CBO de Redutor de Danos, porque eu sou dessa geração dos “Jackbonders” que você tem que dar autonomia para o usuário, não é para um especialista, o especialista pode vir com o conhecimento dele e ajudar os usuário.²³⁶

²³⁵RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013, pp. 54-55.

²³⁶ MAGALHÃES, Marcelo. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018**. [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "3" desta monografia]

4 A EFETIVAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS

Passadas as apresentações sobre a R.D. e as suas diretrizes, histórico e implementação, até a sua consagração como política de saúde pública, resta analisar como se dá a efetivação de tal política.

O presente capítulo visa tratar da atuação de grupos de Redução de de Danos atuantes em Salvador, de modo a buscar uma melhor compreensão de como é a operabilidade da metodologia, quais as formas de assistência prestadas, a natureza desses grupos e as peculiaridades existentes em cada um deles.

Também, a pesquisa objetivou mapear os ambientes e contextos nos quais as ações desses grupos predominam e a composição de suas equipes, bem como a estrutura de cada um desses programas. Ao fim, os entrevistados foram convidados a refletirem acerca da atual conjuntura da política de R.D. e da política de drogas que vigora no país, trabalhando pontos específicos das legislações que vigentes no país que dizem respeito aos sujeitos usuários de drogas.

O método utilizado para o desenvolvimento do capítulo foi, majoritariamente, análise de pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas fornecidas pelos membros, ou fundadores, dos grupos estudados, na qual se buscou traçar um perfil da R.D. em Salvador, das dificuldades enfrentadas pelos grupos e dos métodos por eles utilizados para efetuar a prevenção e a diminuição dos riscos decorrentes do uso de drogas e das vulnerabilidades dos seus assistidos.

Como conclusão do capítulo será apresentado um esboço do panorama da R.D. em Salvador, a quem são direcionadas dessas ações, e da prestação desse serviço, trazendo a reflexões das implicações do proibicionismo na concretização da política e dos caminhos que a política deve seguir para ser ampliada e intensificada.

4.1 ATORES DA REDUÇÃO DE DANOS

Os grupos de Redução de Danos organizam de maneiras distintas, podendo ser desde projetos (como o Corra pro abraço), a ONGs (como o Coletivo É de Lei), programas de Extensão (CETAD), organizações autônomas (Balance), ou ainda associações (ABORDA).

Nesse sentido, a flexibilidade para o seu funcionamento e forma de organização é reflexo da dinamicidade das equipes e do fato destas serem criadas, em sua grande maioria, com o objetivo

específico de atender determinados públicos, razão pela qual não há uma estrutura de organização pré-fixada.

Ainda, outro fato importante acerca da organização dos grupos de Redução de Danos é o fato de sua composição ser, sempre, por meio de equipes multidisciplinares, nas quais atuam redutores de diversas áreas, e, na grande maioria das vezes, composta por usuários, ou ex-usuários, quando não, ao menos por pessoas que simpatizam com a causa e estão dispostos a realizarem seus atendimentos sem qualquer tipo de julgamento moral.

Dentro dos grupos estudados foi constatado no quadro dos funcionários uma predominância de profissionais das áreas de saúde e humanidades, com uma maioria de psicólogos, médicos e cientistas sociais.

A vinculação ao Poder público é outro ponto que pode, ou não, ser existir dentro dos grupos, e, como será trabalhado mais a frente, implica em consequências quanto à atuação do grupo e quanto às suas prerrogativas e financiamento. Contudo, um ponto comum presente em todos os grupos estudados foi que nenhum deles teve sua criação por parte de uma iniciativa do Estado, quando muito, os fundadores já com suas ideias e objetivos e metodologias e reuniram-se com alguma instituição estatal, para concretizar a criação do projeto, ao exemplo do CETAD e do Corra.

Quanto a implementação das ações e início das atividades os grupos de Redução de Danos, em geral, organizam suas atividades por meio de territórios, e nesse conceito de territórios delimitam quais serão os âmbitos de atuação em que irão desenvolver suas ações e quais os limites territoriais de atuação.

Os territórios, como explica Petuco, pode ser entendido em três dimensões: a primeira refere-se às delimitações físicas do espaço, o local no qual as ações serão desenvolvidas; a segunda dá-se em razão do tempo em que as ações serão executadas, se de manhã, ou pela noite; e a dimensão existencial, relativa ao grau de proximidade da equipe, e de inserção social no grupo²³⁷.

4.2 ATORES DA REDUÇÃO DE DANOS (EM SALVADOR)

²³⁷ PETCUO, Silva. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. *In*

Os atores de Redução de Danos atuam em Salvador em diversos contextos, desde eventos festivos à atenção a pessoas em situação de rua. Nesse sentido, foi necessário realizar um recorte dentre os grupos para poder escolher quais seriam entrevistados.

O CETAD foi escolhido em razão do seu pioneirismo no cenário da Redução de Danos e da relevância que o projeto teve para a consolidação da metodologia em uma política pública, afinal, foram mais de trinta anos de trabalhos ininterruptos.

A ABORDA foi escolhida por ser uma associação de redutores, e nesse sentido, foi o único grupo que tem por objetivo principal a defesa dos direitos dos redutores, não dos usuários.

A ARD-FC foi escolhida pelo seu importante papel social no atendimento no Centro da cidade, e pela extensão que o programa já chegou a ter, ainda, a parceria feita entre a Aliança e o CETAD, e a fixação desta na FAMEB fizeram-se importantes na hora da escolha pelo grupo.

O Balance foi escolhido em razão da sua iniciativa em atuação em contexto de festivais eletrônicos, e por, em seu currículo, contar com o atendimento de eventos com mais de 20 mil pessoas presentes, e pelo pioneiro de intervenções em festas com ações de informação e atendimento.

Por fim, o CORRA foi escolhido dada a sua atuação em pessoas em situação de extrema vulnerabilidade e em situação de Rua, para além da sua inovadora metodologia de Arte-Educação que permite que os assistidos tenham um maior contato com a cultura e com os espaços urbanos.

Embora não tenha sido possível realizar a análise específica de outros grupos, merecem ser aqui citados os trabalhos feitos pela Rede Feminista Antiproibicionista (RENFA), do CAPSad Gregório de Matos, e pelo Se Plante.

4.2.1 CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas²³⁸

O Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) faz parte do Núcleo de Extensão (NEXT) da Faculdade de Medicina da Bahia (FAMEB), sendo uma Extensão Permanente do

²³⁸ NERY, Antonio. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 05 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "1" desta monografia].

Departamento de Patologia e Medicina, que se desenvolve com o apoio do Governo do Estado da Bahia por meio diversos²³⁹ órgãos da administração pública²⁴⁰.

Foi criado no ano de 1985, por iniciativa do Professor Antônio Nery Filho, no Centro Social Urbano da Caixa d'Água, como um ambulatório, passando, em 1992, a ser sediado no Canela²⁴¹. O CETAD foi criado com o objetivo de promover uma abordagem alternativa às formas de tratamentos existentes no anos 80 para com os usuários de SPAs, que entendiam que o fenômeno do uso de drogas deveria ser tratado na área da saúde. Nesse sentido CETAD buscou abordar a questão de drogas no âmbito social²⁴².

A criação do CETAD se deu após um longo período, cerca de quinze anos, de estudos e análises acerca do uso de drogas e de como aborda-lo de uma forma mais acolhedora, atendendo o usuário e sua família, compreendendo o fenômeno como algo multideterminado e focando na sua dimensão social. Suas atividades foram inauguradas em 27/07/1995, como um ambulatório, posteriormente o Centro foi reconhecido como uma atividade de extensão da FAMEB, e depois como uma atividade permanente de extensão, vindo a ser, hoje, um centro de referência no país no estudo de álcool e outras drogas²⁴³.

O Centro é formado por seis principais núcleos (Clínica; Estudos e Pesquisas; Ações Comunitárias; Estudos Avançados; Ensino e Editorial)²⁴⁴, que buscam desenvolver ações para os usuários e seus familiares, com foco na Redução de Riscos e Danos, através do acolhimento e tratamento de indivíduos. A extensão também realiza atividades de informação, educação e treinamento no campo dos psicoativos, voltadas, principalmente, para a saúde, educação e especialização.

Para além das ações de atendimento, o CETAD também desempenha importante papel na elaboração de estudos, pesquisas e publicações relativos à temática das substâncias psicoativas, em diferentes áreas de conhecimento, tais como a epidemiologia, socioantropologia, direito, psicologia, educação e comunicação²⁴⁵.

²³⁹ Secretarias de Estado da Saúde, Justiça, Educação, Trabalho e Ação Social, Planejamento e Tecnologia; Prefeitura Municipal de Salvador, Câmara de Vereadores da Cidade de Salvador, Serviço Social da Indústria-SESI/BA, Associação Baiana de Apoio ao Estudo e Pesquisa do Abuso de Drogas-ABAPEQ.

²⁴⁰ FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. **NEXT**. Disponível em: <<http://www.fameb.ufba.br/nucleos/next>>. Acesso em 04 out 2018.

²⁴¹ Rua Pedro Lessa, 123, Canela, Salvador/Ba.

²⁴² NERY, Antonio Filho. **Em Entrevista concedida no dia 05 out 2018**. Vide Apêndice 01.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ CETAD. **Núcleos**. Disponível em:<<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Cetad/Nucleos>>. Acesso em 04 out 2018.

²⁴⁵ *Ibidem*.

Dentre os núcleos da Extensão, merece destaque o Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas (CETAD Observa), que tem por objetivo a disseminação de informações relacionadas ao uso de psicoativos, configurando-se como um centro de pesquisa e produção de conhecimentos sobre o tema. O Observatório tem sua relevância pela vasta produção de documentos e boletins sobre a questão das drogas, e é, hoje, uma das maiores plataformas digitais e físicas com um vasto acervo de produção científica sobre o tema, viabilizando o acesso a tais informações para milhares de pessoas²⁴⁶.

Outra importante menção sobre os trabalhos desenvolvidos pelo Centro é referente a biblioteca do CETAD, que através do Comitê Editorial do CETAD/UFBA disponibiliza diversas obras ao público e lançou a coleção de livros “Drogas: Clínica e Cultura”, que se encontra na sua décima obra²⁴⁷, trazendo uma abordagem multidisciplinar sobre a temática de drogas por meio de uma coletânea autoria de renomados pesquisadores, como Edward MacRae, Júlio Simões, Maria Eugênia Nuñez, o próprio Antônio Nery Filho, e outros entusiastas.

Com trinta e cinco anos de atividade o CETAD vem desenvolvendo suas ações de maneira ininterrupta, de maneira gratuita, e com base nos princípios do anonimato e da R.D., tendo iniciado seus serviços com atendimento ambulatorial e, em 1995, passando a realizar ações como troca de seringas e intervenções no campo.

Ao ser questionado sobre o sucesso da implementação do Centro e o que distinguiu o programa da experiência de Santos com o Projeto Troca de Seringas, o Professor Nery relatou que foram três principais fatores que contribuíram para esse resultado.

A primeira foi que o CETAD já tinha dez anos de exercício de atividade, e, portanto, à época já era um serviço reconhecido na Bahia e no Brasil. A segunda questão foi o apoio que o Centro recebeu do Conselho Estadual de Entorpecentes, que foi convencido, pelo próprio Dr. Nery (que era, até então, membro do conselho) que a troca de seringas era um ato pela vida, e não pelo estímulo ao consumo de injetáveis

Por fim, o terceiro fator que foi a articulação que o CETAD tinha com o Conselho Federal de Entorpecentes (conselho no qual o Dr. Nery também já havia trabalhado) que declarou que o

²⁴⁶ CETAD OBSERVA. **Sobre o Observatório**. Disponível em: <<http://www.cetadobserva.ufba.br/sobre-o-observatorio>>. Acesso em 05 out 2018.

²⁴⁷ “A atenção integral ao consumo e aos consumidores de psicoativos: conexões interdisciplinares”, publicado em 2018.

Programa de Troca de Seringas seria retomado na Bahia como uma atividade experimental, como uma atividade de pesquisa que seria apreciada pelo Conselho²⁴⁸.

O que se percebe, da história da R.D. no Brasil é que o CETAD serviu como verdadeiro legitimador da metodologia para outros projetos serem implementados em outros estados, abrindo as portas para a Troca de Seringas pudesse ser feita em todo o território nacional, sem mais o medo da represália que sofreu o Programa de Santos em 1989.

De certo que a institucionalização do programa, primeiro como ambulatório da FAMEB, e depois como atividade de extensão facilitou e legitimou as ações do CETAD, a sua vinculação administrativa à Faculdade contribui para o sucesso que é hoje o Centro, tanto que o Professor Nery acredita que não fosse por isso o projeto não teria superado as barreiras políticas e burocráticas que estariam em seu caminho²⁴⁹. Contudo, estar vinculado à Faculdade de Medicina não implicou em estar a ela submisso, nesse sentido, Nery relata que o CETAD sempre manteve a sua autonomia administrativa, estando sempre no controle de suas atividades e tendo liberdade para desenvolver os seus projetos, contando ainda com uma parceria com o Estado da Bahia que forneceu, recursos humanos e materiais para o projeto, que eram geridos pela Universidade.

Passados mais de trinta anos de funcionamento e olhando para a história do Centro, o que mais causa estranheza sobre o projeto, e, o que o Professor considera como uma das maiores dificuldades por ele enfrentada enquanto diretor da atividade, é o fato das propostas do CETAD nunca terem sido incorporadas pelo Poder Público local, ou ainda pela própria UFBA. Mesmo estando autorizado a trabalhar sob o manto da Universidade, a esta jamais incorporou as atividades do CETAD em sua agenda de trabalho. A própria Faculdade que legitimava e institucionalizou o Centro como Atividade de Extensão, não aderiu às orientações de tratar o fenômeno das drogas sob uma nova perspectiva, não mais diferenciando-as entre lícitas e ilícitas, mas sim entendendo-as como um conjunto de drogas dignas, na mesma medida, de atenção e cuidado.

A consagração da R.D. como política pública não parece ter sido suficiente para a equipe do CETAD, e, embora a metodologia que era tida como uma técnica clínica, ou sanitária, para o controle dos danos decorrentes do uso de drogas, hoje tenha se consagrado como uma proposta política, o Centro tem objetivos maiores. É nesse sentido que o ex diretor Nery afirma que a

²⁴⁸ NERY, Antonio Filho. **Em Entrevista concedida no dia 05 out 2018**. Vide Apêndice 01.

²⁴⁹ *Ibidem*.

R.D. ainda tem barreiras a serem quebradas, e, ao ser indagado de qual seria o próximo passo para a proposta, expõe esse somente pode ser alcançado por meio de uma colaboração dos países latino americanos, de modo que:

nós temos, então, Brasil, Argentina, Peru, Chile, Bolívia, Colômbia, México, Panamá trabalhando no sentido de anunciar para o mundo que a Redução de Danos se apoia em princípios sérios, como da autonomia e da responsabilidade, que são dois princípios fundamentais para se compreender a Redução de Danos e, com isso, podemos propor, ao mundo, a Redução de Danos como uma política que representa a América Latina.²⁵⁰

Tratar a questão de drogas por um viés social, e não sanitarista, ou penalista, fez do CETAD o divisor de águas na implementação da R.D. no país, e, se hoje existem tantos grupos trabalhando nessa perspectiva, é inegável que, é por causa da história do Centro. Ampliando seus horizontes e não se conformando com a política de guerra às drogas e a distinção de psicoativos em lícitos e ilícitos, a experiência do CETAD tem se mostrado um sucesso e o seu futuro, ao que parece, seguirá nessa mesma trilha, buscando sempre a garantia e efetivação dos direitos daqueles que precisam da sua assistência.

4.2.2 ABORDA²⁵¹

A Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) foi criada no ano de 1997, no 2º Congresso Brasileiro de Prevenção da Aids, com o objetivo principal de incrementar e fortalecer a rede de R.D. do país, e fortalecer a política e a luta pelos direitos dos usuários e dos redutores de danos²⁵².

A ABORDA teve um papel crucial na concretização da R.D. como política pública pois possibilitou a articulação de redutores de todo o país em prol de uma causa comum, conectando-os com universidades, usuários e dando corpo ao movimento de R.D. local²⁵³.

A Associação encontra-se presente em quase todos os estados brasileiros, ligando redutores e usuários de todo o país na luta pelos direitos humanos, pela R.D. e pelos direitos dos redutores, organizando movimentos pelo país e organizando cursos e capacitações para a formação de

²⁵⁰ NERY, Antonio Filho. **Em Entrevista concedida no dia 05 out 2018**. Vide Apêndice 01.

²⁵¹ Entrevista feita com Marco Silva membro da Diretoria da ABORDA.

²⁵² ABORDA. **O que é ABORDA**. Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-aborda.html>>. Acesso em 28 out 2018.

²⁵³ SILVA, Marco. **Em entrevista concedida em 24 out 2018**. Vide Apêndice 02.

novos redutores, trabalhando em conjunto organizações governamentais e não governamentais em favor de seus ideias²⁵⁴.

A ABORDA é formada por diversos representantes da R.D., tendo a diversidade de seus membros como uma de suas principais características, e no decorrer desses mais de vinte anos de atuação, vem atualizando suas pautas para acompanhar as demandas da população, estando aberta à participação dos interessados.

No desenvolver de suas funções a Associação segue os princípios norteadores da Administração Pública (Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência)²⁵⁵, visando a superação do paradigma proibicionista de abstinência e repressão ao uso de drogas, colaborando para a construção conjunta de novas formas de se entender o fenômeno das drogas e de como tratá-lo de uma maneira mais humanitária²⁵⁶.

Além das ações de informação e pesquisa, a ABORDA desempenha atividades de campo, em especial a organização eventos voltados à R.D. e projetos de reconhecimento da atividade do redutor como uma profissão.

Acerca da profissionalização do trabalho do redutor de danos, Silva (membro da diretoria da ABORDA) expõe a preocupação que parece atormentar grande partes dos redutores do país, que se consiste no risco de ao profissionalizar a função de redutor uma parcela de indivíduos fique impossibilitada de, por assim dizer, se tornar um Redutor, em razão dos critérios a serem estabelecidos para qualificação do cargo:

Eu acho interessante, eu sou favorável, mas eu tenho um receio de você deixar muita gente de fora, pelo fato da gente cobrar de pessoas aquilo que a sociedade não deu, aquilo que elas não têm, por exemplo, quando você profissionaliza a questão, você exige uma série de coisas, uma série de critérios (...) ²⁵⁷.

De certo que a Associação exerceu, e exerce até hoje, um importante papel na luta pelos direitos das pessoas que fazem o uso de drogas, e daquelas que lutam pelos seus direitos, os redutores, contribuindo para o atual cenário da Redução de Danos brasileira, e para os futuros avanços no exercício das atividades dos redutores.

²⁵⁴ ABORDA. **O que é ABORDA**. Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-aborda.html>>. Acesso em 28 out 2018.

²⁵⁵ Princípios previstos no artigo 37, CAPUT, da Constituição Federal/88.

²⁵⁶ ABORDA. **O que é ABORDA**. Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-aborda.html>>. Acesso em 28 out 2018.

²⁵⁷ SILVA, Marco. **Em entrevista concedida em 24 out 2018**. Vide Apêndice 02.

4.2.3 ARD-FC²⁵⁸

A Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC) é um serviço de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina (FAMEB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com sede Centro Histórico de Salvador²⁵⁹, que funciona por meio de um convênio entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretária Municipal de Saúde (SMS), implementando o projeto de Integração das Ações de Redução de Danos Decorrentes do Uso de Drogas à Atenção Básica de Saúde do Município de Salvador²⁶⁰. O projeto foi criado pelo professor Tarcisio Andrade em 2003, e tem seu nome (Fátima Cavalcanti) em homenagem à primeira redutora de danos da Bahia, tendo sido criado por meio do desmembramento do corpo técnico e dos projetos realizados pelo CETAD, e com o escopo de dar seguimento aos trabalhos desenvolvidos pelo Centro²⁶¹.

A ARD-FC tem como objetivos o desenvolvimento de atividades voltadas à Redução de Danos para usuários de psicoativos, por meio de intervenções em cenas de uso, orientações sobre o consumo, distribuição de insumos, assistência psicossocial e psicoterapêutico, bem como a realização de capacitações e ensino de profissionais e acadêmicos sobre a metodologia da R.D, e a realização de estudos e pesquisas epidemiológicos e comportamentais relacionados com o uso de drogas²⁶².

O atendimento no âmbito do ambulatório é feito gratuitamente pela equipe da Aliança e tem como público alvo os sujeitos que fazem o uso de substâncias psicoativas e que, em sua maioria, encontram-se em situação de hipervulnerabilidade, dando atenção às minorias, tais quais pessoas em situação de rua, travestis, transexuais, profissionais do sexo e os demais necessitados que procuram o seu atendimento²⁶³.

²⁵⁸ SILVA, Marco. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 24 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "2" desta monografia].

²⁵⁹ A Sede da ARD-FC fica no Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico - 40026-010 (Antigo prédio da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia)

²⁶⁰ Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti. **Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti.** Disponível em: <<http://ardfc.blogspot.com/>>. Acesso em 27 out 2018.

²⁶¹ Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti. **Instituição: O que é ARD-FC.** Disponível em:<<http://www.medicina.ufba.br/ard-fc/alianca/welcome.htm>>. Acesso em 27 out 2018.

²⁶² Aliança de Redução de Danos FC. **Aliança.** Disponível em:<<https://aliancardfc.wordpress.com/alianca/>>. Acesso em 27 out 2018.

²⁶³ Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti. **Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti.** Disponível em: <<http://ardfc.blogspot.com/>>. Acesso em 27 out 2018.

Silva relata que o fato da ARD-FC estar vinculada à FAMEB e ao CETAD permitiu que fosse feita uma melhor articulação entre os serviços prestados pela Associação e o resto da rede, exemplificando o fato do Hospital das Clínicas ter, por tempos, fornecido ambulatório para atender os usuários, no qual se realizavam testagens e eram fornecidas informações aos assistidos²⁶⁴.

O projeto já chegou a contar com doze pontos centrais de atendimento (Nordeste de Amaralina, Santa Cruz, Tancredo Neves, Pernambués, Subúrbio Ferroviário, Valéria, entre outros), com uma equipe de mais de cinquenta profissionais de áreas distintas, contudo, com o realocamento das ações de R.D. do Departamento de Aids para o Departamento de Saúde Mental, o orçamento da Aliança foi significativamente reduzido. Silva relata que:

No auge dos projetos nós tínhamos na comunidade vários pontos fixos, que eram pontos nas cenas de uso, locais onde a turma usava como “sala de uso” de injetável, com o tempo, nós transformamos esses espaços em pontos fixos de prevenção e tinha pontos em que a gente deixava o material de prevenção, deixava preservativo, deixava seringa, deixava material informativo, deixava telefone de contato para que a gente pudéssemos fazer alguns encaminhamentos.²⁶⁵

Atualmente a ARD-FC desenvolve suas ações em dois principais núcleos, o primeiro na sua sede funcional, no Centro Histórico, por meio do CAPS-Ad Gregório de Matos, e o segundo na Ribeira, que é feito por meio de ações pontuais por um único redutor que interage com os assistidos e, quando necessário, os encaminha à outros centros de assistência²⁶⁶.

Ao ser questionado acerca das semelhanças nos territórios de atuação da Aliança o entrevistado relatou que embora haja uma similaridade em razão das demandas pelo cuidado e atenção, às interações se dão de formas bem distintas. Relatou que as características de cada território fazem deles locais diferentes, com dinâmicas e articulações de redes específicas, de modo que a interação entre a equipe, os assistidos e as comunidades, as forças policiais e até mesmo com o tráfico de drogas local, é única em cada ambiente²⁶⁷.

Ainda quanto às diferenças das intervenções em cada setor Silva exemplificou a Ribeira e o Pelourinho, que mesmo sendo bairros históricos e periféricos, são formados por grupos de pessoas diferentes, enquanto o primeiro tem mais uma homogeneidade na sua população e uma relação de comunidade entre os que lá habitam, o segundo é mais heterogêneo, pois é um bairro

²⁶⁴ SILVA, Marco. **Em entrevista concedida a Arthur Jobim em 24 out 2018.** Vide Apêndice 02.

²⁶⁵ *Ibidem.*

²⁶⁶ *Ibidem.*

²⁶⁷ *Ibidem.*

formado por pessoas que vieram de outros bairros e se fixaram lá, é uma localidade marcada pela população em situação de rua e pela chamada cracolândia²⁶⁸²⁶⁹.

Quantos aos projetos de capacitação e educação, o a ARD-FC os desenvolve por meio parcerias com outras instituições, de forma direta ou indireta. Dentre as capacitações diretas destaca-se o serviço de campo de prática que é feito com a UFBA por meio de três principais cadeiras: Redução de Danos (disciplina MED MB53); Programa de Educação pelo Trabalho (PET) saúde mental álcool e outras drogas; e Arte e Redução de Danos (disciplina M84), todas vinculadas à Ação Curricular e Comunidades e Sociedades da extensão PROEXT da UFBA²⁷⁰.

As capacitações indiretas ocorrem através de projetos feitos com a própria Universidade Federal da Bahia, ou outras instituições baianas de ensino, que utilizam a ARD-FC como fonte de atividades curriculares e extracurriculares. Já as capacitações técnicas tem por objetivo principal a integração das redes de atenção básica à saúde de Salvador, e são feitas por meio de colaboração com a Secretária municipal de Saúde²⁷¹.

Para além das capacitações acima listadas merecem ser apontados os cursos específicos do Centro de Referência em Redução de Danos (CRE), direcionados aos policiais civis, militares e oficiais da instituição policial, para informá-los e instruí-los sobre a abordagem de R.D., apresentando uma outra perspectiva acerca do fenômeno do consumo de drogas e das cenas de uso²⁷².

O resultado dessas capacitações é claro: uma mudança na forma pela qual esses agentes estatais enxergam e compreendem os usuários de drogas, e, principalmente, uma mudança na abordagem destes com aqueles sujeitos que passam a receber tratamento mais humanitário e menos repressivo²⁷³.

Infelizmente, pela falta de recursos a ele destinado o serviço da Aliança se vê cada vez mais próximo do seu encerramento, mas, de certo, que nesses dezoito anos de história contribuiu na atenção aos usuários de SPAs e no fortalecimento da rede de Redução de Danos soteropolitana.

²⁶⁸ A cracolândia em Salvador concentra-se na região da Rua vinte e oito de setembro.

²⁶⁹ SILVA, Marco. **Em entrevista concedida a Arthur Jobim em 24 out 2018**. Vide Apêndice 02.

²⁷⁰ Aliança de Redução de Danos FC. **Aliança**. Disponível em: <<https://aliancardfc.wordpress.com/alianca/>>. Acesso em 27 out 2018.

²⁷¹ *Ibidem*.

²⁷² SILVA, Marco. *op. cit.*

²⁷³ *Ibidem*.

4.2.4 BALANCE²⁷⁴

O Coletivo Balance - Redução de Riscos e Danos é um grupo que desenvolve ações de R.D. cenário de festivais de música eletrônica²⁷⁵, tendo sua relevância marcada por ser o primeiro grupo a atuar nesse sentido na Bahia, e contando em seu portfólio as repetidas intervenções feitas no Universo Paralelo²⁷⁶²⁷⁷.

O Coletivo surge como uma metodologia de pesquisa, dentro do doutorado em ciências sociais de um dos seus fundadores, Marcelo Andrade, que estudava as ações de Redução de Riscos e Danos, em especial dos Danos, em um contexto muito específico, que é o de eventos festivos, ou *Party Drugs*²⁷⁸²⁷⁹.

A principal metodologia adotada por Andrade para a pesquisa é chamada de Pesquisa-Ação Participante²⁸⁰, e inicialmente teve o objetivo de recolher informações sobre o consumo, os riscos e os possíveis danos existentes em tais festividades relacionadas ao uso de drogas psicoativas. Além da metodologia de Pesquisa-Ação Participante, Andrade relata que foi necessário utilizar-se de entrevistas e etnografias para a melhor compreensão do fenômeno estudado²⁸¹.

Foi nessa inserção na cena e com esse trabalho de etnografia e pesquisa-ação participante que Andrade reuniu um grupo de pessoas entusiastas, frequentadores desses eventos, de diversas áreas do conhecimento teórico e prático, que formaram o grupo que viria ser chamado de Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos. O fato do grupo reunir usuários e não-

²⁷⁴ MAGALHÃES, Marcelo. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018.** [A entrevista encontra-se transcrita no Apêndice "3" desta monografia].

²⁷⁵ Consideram-se como festivais os eventos com mais de doze horas de duração.

²⁷⁶ O Universo Paralelo (UP) é um evento que acontece no Litoral Baiano (Pratigi) e que comporta um público médio de 20 mil redução

²⁷⁷ GUIMARÃES, Marcelo Andrade; MACRAE; Edward; ALVES, Wagner. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: Ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antonio (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. p. 101/122.

²⁷⁸ Expressão utilizada internacionalmente para referir à eventos festivos em que há um relevante consumo de drogas.

²⁷⁹ MAGALHÃES, Marcelo. *op. cit.*

²⁸⁰ Método no qual o pesquisador estuda o campo, realiza diagnósticos e avaliações, formulando estratégias de intervenção, para então ingressar novamente no campo e desenvolver essas estratégias.

²⁸¹ MAGALHÃES, Marcelo. *op. cit.*

usuários, técnicos e psiconautas²⁸², fez como que a estrutura do Coletivo se mantivesse horizontal, sem haver uma hierarquização, ou uma sobreposição do saber teórico em detrimento do prático²⁸³.

O coletivo foi ganhando corpo ao longo dos encontros dos seus membros, e com o tempo foi ganhando sua forma, e ano de 2006 recebeu o seu nome e realizou a sua primeira campanha que foi voltada para a redução dos riscos quando do consumo de Ecstasy²⁸⁴. A primeira atuação do grupo em contexto de festa na cidade de Salvador ocorreu também no ano de 2006 na festa Aurora²⁸⁵.

Desde suas primeiras atuações o Balance se mostrou pioneiro no Brasil na forma em que realizava suas intervenções, e, muito embora na época já existisse o projeto Balada Boa, em São Paulo. O Coletivo inovou ao realizar não apenas campanhas de prevenção e informação mas também ações de cuidado e amparo dentro das festas, atendendo os casos de *Bad Trips* por meio de uma abordagem que, como explica Andrade, se utiliza de uma tecnologia leve, na qual se evita o uso de medicamentos e é priorizado o atendimento psicológico ao usuário²⁸⁶.

Na época de transição do ano de 2006 para 2007 o Balance inaugurou seus trabalhos no festival Universo Paralelo²⁸⁷. Sobre a experiência, Andrade relata²⁸⁸ que a construção do vínculo com a equipe do Festival, e, em especial, como a equipe médica que lá atendia foi essencial para o sucesso da experiência. Foi por meio do atendimento humanizado e da abordagem não invasiva que o Coletivo conquistou seu espaço e, ano após ano, foi ganhando cada vez mais a confiança da equipe do Festival e dos seus frequentadores:

No primeiro ano, com certeza, eu acho que povo achava que a gente ajudava um pouco, mas atrapalhava, e, nessa época, a gente ia de galera, a gente não tinha muita escala, então a gente ficava muito junto, a gente ficava no posto, vários tempos e ficava cuidando das pessoas ‘surtadas’ (...) a cada ano que passava, o pessoal começou a achar que a gente era legal, até porque a gente começou a desafogar a demanda que essas pessoas apresentavam à equipe do posto (...).²⁸⁸

²⁸² Termo que faz referência àqueles sujeitos se utilizam de determinada substância (normalmente psicoativos), refletem sobre suas experiências e desenvolvem “teorias” pautadas nas suas vivências.

²⁸³ MAGALHÃES, Marcelo. **Em entrevista concedida em 17 out 2018**. Vide Apêndice 03.

²⁸⁴ A campanha foi uma analogia entre o comprimido de ecstasy e uma goiaba, na qual, em resumo, o grupo trazia a reflexão de que “se você não sabe o que está tomando, melhor tomar primeiro a metade”, ou, na comparação da goiaba, “melhor cortar a goiabada no meio para não correr o risco de morder um ‘bicho de goiaba’”. Vide Apêndice 3, p. 4.

²⁸⁵ MAGALHÃES, Marcelo. *op. cit.*

²⁸⁶ *Ibidem.*

²⁸⁷ O Festival acontece no período de festividades de final de ano, levando em torno de 05 a 07 dias, a depender da edição.

²⁸⁸ MAGALHÃES, Marcelo. *op.cit.*

O acompanhamento realizado pelo Coletivo junto à equipe médica do evento possibilitou não apenas a redução do número dos atendimentos de urgência e emergência feitos pelos médicos, pois as questões tratadas como *Bad Trips* eram resolvidos pelos redutores, como também estes passaram a auxiliar os médicos na escolha dos tratamentos a serem adotados nos pacientes, evitando o excesso de medicação em situações nas quais não se faziam necessárias intervenções farmacêuticas²⁸⁹.

Outro aspecto apontado como importante para êxito do Balance foi o fato do Coletivo ter um vínculo com o CETAD que legitimava suas ações e acolheu o grupo como um de seus projetos, nesse sentido, Andrade afirma que inúmeras vezes estar vinculado ao CETAD facilitou sua inserção e aceitação nos ambientes festivos, para além do fato de, não fosse o trabalho realizado por Nery com o Centro, talvez nem fosse possível se falar na R.D. na Bahia da forma como ela foi feita²⁹⁰.

Em que pese o Balance tenha um vínculo com o CETAD, e por consequente, com a Universidade, sua gestão mantém-se autônoma, privilegiando o saber prático dos redutores, sua fidelidade aos ideais estabelecidos quando da criação do grupo. Andrade evidencia o valor do Coletivo ter se mantido autônomo, não passando por uma institucionalização formal, ao falar sobre as liberdades que o Balance possui na realização de suas funções, como, por exemplo, na realização de testagens em psicoativos:

(...) têm algumas práticas do Balance, que o CETAD não tem condições de cancelar, de acolhimento de apoio, com certeza, para campanhas que são perfeitas e que são corretas, mas que tipo na questão do bioteste, por exemplo, aí uma instituição como o CETAD e mesmo como a Universidade, nesses moldes. Uma Universidade só poderia abraçar uma iniciativa de testagem se fosse feita em farmácia, se fosse feito com o equipamento tecnicamente perfeito (...) ²⁹¹

As ações desenvolvidas pela equipe se dividiam em três fases: (I) Pré-Produção, momento no qual o Balance entrava em contato com a organização do evento para apresentar suas propostas, elaborar as ações a serem feitas no evento, as campanhas de prevenção e informação e oferecer os serviços²⁹² de R.D. à organização do festival; (II) Produção, ou Ação em si, que consiste na efetiva realização das tarefas realizadas pelo Coletivo, que iam da prestação informação, distribuição de insumos, atendimentos em casos de surto, ou qualquer outra demanda que lhes

²⁸⁹ GUIMARÃES, Marcelo Andrade; MACRAE; Edward; ALVES, Wagner. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: Ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antonio (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 113.

²⁹⁰ MAGALHÃES, Marcelo. **Em entrevista concedida em 17 out 2018**. Vide Apêndice 03.

²⁹¹ *Ibidem*.

²⁹² Inicialmente a equipe realizava suas ações sem receber qualquer tipo de remuneração, ou sequer ajuda de custo.

incumbesse; e (III) Pós-Produção, fase na qual a equipe desmonta as estruturas que montou, recolhe os materiais e guarda o que foi usado²⁹³.

Infelizmente, o Coletivo Balance não mais trabalha em festas em Salvador, mas a sua atuação com certeza foi suficiente para deixar o seu trabalho marcado na história da R.D. baiana, seja pelo seu caráter inovador em realizar ações voltadas aos festivais de música eletrônica, cenário que sempre foi alvo de muito estigma social, seja por ter viabilizado a criação de diversos outros coletivos, tanto na Bahia (o Se Plante, por exemplo) quanto em outros Estados (no Ceará foi criado o Balance-CE)²⁹⁴.

Um dos principais motivos apontados por Andrade sobre o encerramento das atividades do Coletivo nos eventos de música eletrônica em Salvador foi o descaso que os novos produtores estavam dando às ações de R.D., de modo que, por vezes, não ofereciam ambulância ou postos de saúde dentro das festas²⁹⁵.

Outra herança deixada em solo brasileiro pelo Balance foi o da realização e “Ações Globais de Redução de Riscos e Danos”, que são ações que visam fazer com que a temática de drogas e da R.R.D. estejam espalhadas pelo espaço do evento e enquanto as festividades perdurarem²⁹⁶.

4.2.5 CORRA PRO ABRAÇO²⁹⁷²⁹⁸²⁹⁹

O Corra para o abraço (CORRA) é um dos projetos que compõem as ações do Pacto pela Vida³⁰⁰ do estado da Bahia. Trata-se de uma iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Estado da Bahia, por meio de uma parceria

²⁹³ GUIMARÃES, Marcelo Andrade; MACRAE; Edward; ALVES, Wagner. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: Ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antonio (Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 111.

²⁹⁴ MAGALHÃES, Marcelo. **Em entrevista concedida em 17 out 2018**. Vide Apêndice 03.

²⁹⁵ *Ibidem*.

²⁹⁶ GUIMARÃES, Marcelo Andrade; MACRAE; Edward; ALVES, Wagner. *Op.cit., loc.cit.*

²⁹⁷ Entrevista feita com Iago Lobo Supervisor das equipes de Extensão e da Unidade de Apoio Na Rua.

²⁹⁸ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua**. Salvador: SJDHDS, 2016, p. 9.

²⁹⁹ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço**. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018.

³⁰⁰ Política Pública de segurança instituída com o objetivo de reduzir a violência e a criminalidade no Estado da Bahia através de ações de diversos órgãos da administração estadual.

feita entre o Centro de Referência Integral de Adolescente (CRIA) e o Governo do Estado da Bahia, coordenado pela Superintendência de Política de Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis (SUPRAD).

O programa foi instituído em 2013, visando implementar a metodologia da Arte-Educação do CRIA e os princípios da Redução de Danos no cuidado direcionado à população em situação de rua, adaptando seus métodos e objetivos a esses sujeitos e a essa realidade³⁰¹. Após três anos de atividades o Projeto foi implementado como política pública no Governo do Estado.

A metodologia de Arte-Educação parte da premissa da educação popular, é uma forma de construção de conhecimento pensada nas necessidades e peculiaridades dos assistidos, trabalhando com temas presentes em suas vidas e desenvolvida por meio de uma linguagem compreensível. A Arte-Educação é pautada nos princípios da Escuta Sensível e do Diálogo Respeitoso, e é feita de forma dinâmica e participativa. Nesse sentido, Lôbo exemplifica:

Para início de conversa a gente nem conseguiria juntar pessoas para ficar sentadinhas na rua, isso é até uma questão mais de dinâmica da rua também, uma dinâmica de sala de aula não funcionaria.

(...) a Arte e Educação é muito mais interativa, ela não exige paredes, por exemplo, não exige um fiscal de corredor, e, inclusive, esses elementos, esse estímulo que a rua dá às pessoas que estão passando podem oferecer é utilizado para a construção ali, naquele momento.

Visando garantir aos seus assistidos, em especial aos usuários de drogas em situação de rua, o acesso a direitos, o “direito de ter direitos”³⁰², o Projeto serve como um serviço ponte que conecta essas pessoas, em extrema vulnerabilidades, aos serviços assistenciais básicos do Estado, com o intuito de viabilizar o acesso destes à saúde, à assistência social, à justiça e à cultura³⁰³.

Destacam-se dentre os principais objetivos específicos do CORRA: (I) Levar Cuidado para a rua, à luz do princípio do Cuidado Integral, em um espaço acessível aos seus assistidos; (II) Proporcionar e facilitar para a população em situação de rua e usuários de SPA's o acesso a programas e serviços governamentais; (III) Disponibilizar serviços pautados na Redução de Riscos e Danos nas cenas de uso e tráfico de drogas, em especial no que tange a prevenção ao uso abusivo de psicoativos e à dignidade do seu público-alvo; (IV) Romper com o estigma

³⁰¹ SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018, p. 11.

³⁰² *Ibidem*, loc. cit.

³⁰³ LÔBO, Iago. **Em entrevista concedida em 15 ago 2018**. Vide Apêndice 4.

social que paira sobre os sujeitos em situação de rua; (V) Fortalecer as equipes que atuam com população de rua e usuários de SPA's³⁰⁴.

Em síntese o projeto visa promover a cidadania e melhora nas condições de pessoas usuárias de psicoativas, que vivem em situação de rua, oferecendo-lhes acesso à serviços públicos, informação, prevenção e cuidado, por meio de três principais ações: (I) Acompanhamento; (II) Encaminhamento; e (III) Acolhimento³⁰⁵.

No seu primeiro ano de funcionamento a equipe contava com oito pessoas (quatro arte - educadores, um psicólogo, uma socióloga, um assistente social e um redutor de danos), para posteriormente uma equipe de quinze profissionais³⁰⁶ em no ano de 2018 sua equipe conta com quarenta e um funcionários (psicólogos; assistentes sociais; educadores físicos; advogados; cientistas sociais e pedagogos).

No início suas ações eram desenvolvidas no terminal de ônibus do Aquidabã, na Praça das Mãos e no Centro Pop Baixa dos Sapateiros. Posteriormente passou a atuar no Largo do Pelourinho, Mercado de São Miguel e Gravatá, Julião e Comércio). Atualmente desempenha suas funções em três municípios baianos: Salvador³⁰⁷, Lauro de Freitas³⁰⁸ e Feira de Santana^{309,310}.

O projeto tem sua atuação pautada nas estratégias de Redução de Danos físicos e sociais, buscando a promoção da cidadania e aproximação desses sujeitos estigmatizados pelo uso de drogas e pela sua situação social, seguindo três princípios básicos metodológicos: (1) Acolhimento, que consiste numa aproximação com os indivíduos respeitando as suas escolhas e o seu modo de vida, ofertando-o um Encontro afetivo e efetivo; (2) Construção de vínculo, que reside numa aproximação focada numa relação contínua e duradoura, criando laços de

³⁰⁴ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018, p. 29 e 30

³⁰⁵ LÔBO, Iago. **Em entrevista concedida em 15 ago 2018**. Vide Apêndice 4.

³⁰⁶ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. Op. cit., p 26

³⁰⁷ Corra Rua e Juventude Salvador, nos seguintes locais: Aquidabã - Baixa dos Sapateiros; Baixa do Fiscal; "Praça das Mãos" - Comércio; Largo dos Mares - Mares e "Pela Porco" - 7 Portas (Brotas); Fazenda Coutos, Nordeste de Amaralina, Plataforma e Tancredo Neves; Campo da pólvora e Gravatá.

³⁰⁸ Corra Rua Feira de Santana, na Kalilandia, Cidade Nova, Praça da Matriz - Centro, "Fundo do Tênis" - Centro, Av. Presidente Dutra - Rodoviária e Centro de Abastecimento - Centro

³⁰⁹ Corra Juventude Lauro de Freitas no bairro de Itinga

³¹⁰ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço**. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018.

confiança entre o assistido e a equipe do Corra; e (3) Escuta qualificada, que se traduz em uma escuta atenta e interessada às peculiaridades de cada usuário e sua história de vida³¹¹.

Dentre as mais diversas ações para atingir seus objetivos o grupo promove o incentivo à cultura às pessoas em situação de rua, realizando oficinas³¹², práticas de esportes, capacitações para o mercado de trabalho e cursos profissionalizantes. Além disso, o CORRA faz intervenções nas cenas de uso com a finalidade de instruir e conscientizar as pessoas acerca do consumo de drogas³¹³.

Também, o Projeto proporciona a oportunidade os assistidos de visitarem e frequentarem lugares que, pelas suas condições sociais, não costumam ter acesso, ou ainda não se sentem confortáveis em irem sozinhos, como observa Lôbo:

um exemplo bastante recorrente é de pessoas que já tem algum tipo de processo não irem no fórum assinar ou até que não tenham mais processos, mas gostariam de acompanhar outra coisa da defensoria, não acessarem esses espaços com medo de chegar lá e serem presas, pessoas que nem tem processos, nem tem mandato, tem medo de chegar lá e serem presa³¹⁴

O que se constata da experiência do CORRA, e se consagra como grande diferencial do serviço é a proximidade entre os redutores e os seus assistidos, que criam um vínculo de confiança e respeito e utilizam a comunicação como principal instrumento de trabalho, mesmo em casos de crises (vide relato de Lôbo)³¹⁵.

Em que pese o serviço faça parte das ações do Pacto pela Vida, e esteja vinculado ao Governo do Estado, Lôbo relata que nem sempre as interações do grupo com os agentes policiais ocorrem da melhor maneira possível, pois, por vezes, as autoridades policiais acabam interferindo nas atividades desempenhadas pelo grupo, seja diretamente, por meio de ações que invadem os trabalhos em andamento, seja pela forma de tratamento dada aos assistidos no cotidiano deles. Se, por um lado, o Corra realiza um trabalho de acolhimento e cuidado, do outro os policiais fornecem repressão e violência³¹⁶.

³¹¹ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua**. Salvador: SJDHDS, 2016, p. 33.

³¹² As oficinas realizadas pelo CORRA são feitas para incentivar a leitura e a escrita, trabalham com teatro, com música e com outras atividades interativas e dinâmicas que acompanham a dinamicidade da rua e dos interesses das suas populações.

³¹³ SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço**. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018.

³¹⁴ LÔBO, Iago. **Em entrevista concedida em 15 ago 2018**. Vide Apêndice 4.

³¹⁵ Apêndice 04, p. 15

³¹⁶ LÔBO, Iago. *op. cit.*

5 CONCLUSÃO

Por todo o exposto, percebe-se que o proibicionismo não se mostrou como instrumento apto para controlar a situação do consumo de drogas pelos seres humanos. A proibição, como visto, pautada em um discurso moralista e religioso acaba por agravar os danos e aumentar os riscos decorrentes do consumo dessas substâncias que visa proibir.

O proibicionismo fundado num discurso de proteção à saúde do usuário e à segurança do Estado acaba por prejudicar tais bens jurídicos, seja pela ineficiência dos seus métodos, pela ineficácia de suas legislações, ou pela incompatibilidade de seus meios para com os seus fins. A ilicitude termina por afastar aqueles sujeitos que, em uma situação problemática possam precisar da ajuda do Estado, bem como resulta em uma intimidação àqueles sujeitos que estão próximos aos inseridos no consumo de drogas.

Os danos causados pelo proibicionismo sobressaem a esfera Estatal, e interferem na vida do usuário, nas comunidades, no meio ambiente, na economia, na saúde (em sentido amplo), na segurança.

Dentre todas as políticas de drogas existentes, a proibicionista, após mais de cem anos de instauração, mostra-se como ineficiente, e nesse sentido, a sua superação e deve acontecer o quanto antes. A proibição, além de sua ineficiência, termina por ferir diversos princípios e garantias fundamentais, ceifando direitos dos usuários, dos comerciantes e dos produtores dessas drogas tidas como ilícitas, em especial quando postos em vista os princípios da lesividade e da isonomia.

É seguindo a ideia de superação da lógica proibicionista, e de uma abordagem alternativa como uma proposta de cuidado para com os usuários e sujeitos envolvidos em situação de drogas que a metodologia da Redução de Danos mostra-se como uma importante ferramenta para resguardar os direitos desses cidadãos.

A metodologia, que iniciou-se como pequenas ações esparsas para o cuidado e prevenção de usuários de drogas injetáveis passou a ser com o tempo reconhecida e implementada em todo o território nacional, e posteriormente instituída como uma política de saúde pública.

Nesse sentido, a política de Redução de Danos, pauta em seus princípios básicos de Pragmatismo, Diversidade e Tolerância, e seus fundamentos em diversas áreas do saber, tais quais a bioética, o direito, a medicina e a psicologia, mostram-se como instrumento que satisfaz

não só a necessidade dos atendidos, mas também aos interesses do Estado, em especial quanto à preocupação com o bem jurídico (saúde) do usuário.

Contudo, embora seja uma política que é reconhecida pelo Estado e aceita pelos assistidos, ainda há muito caminho a ser percorrido pela Redução de Danos, em especial quanto às questões que envolvem o Estado, como repasse de verbas, implementação de ações, e divulgação de projetos e iniciativas de prevenção de riscos e danos.

É somente com o respeito às diversidades e especificidades de cada sujeito, e por meio de uma análise multidisciplinar do fenômeno que o controle das drogas, dos seus riscos e dos seus danos será mais efetiva.

Em que pese o proibicionismo obste algumas das ações de Redução de Danos, e tenha uma lógica fundada em outros princípios, a Lei de Drogas mostra-se compatível com tal metodologia.

Indo além, a Redução de Danos deve ser instaurada como não só como uma política de saúde pública, mas sim como uma política de drogas a ser adotada pelo Estado, justamente pela sua lógica de respeito e pelo fundamento dos estados democráticos de direito.

Sob à ótica estatal, a política de Redução de Danos também mostra-se mais eficaz quanto aos aspectos econômicos, administrativos, ambientais, jurídicos, e no âmbito da saúde, visto que com mais de trinta anos de projetos no Brasil, recebem o apoio da comunidade e dos usuários, tendo os redutores, pautados na ideia de uma abordagem de iguais para iguais, iniciado uma trajetória que irá superar as impostas pela estigmatização e pela proibição, e implementando uma metodologia de sucesso.

REFERÊNCIAS

- ABORDA. **O que é ABORDA**. Disponível em: <<http://abordabrasil.blogspot.com/p/o-que-e-aborda.html>>. Acesso em 28 out 2018.
- Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti. **Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti**. Disponível em: <<http://ardfc.blogspot.com/>>. Acesso em 27 out 2018.
- _____. **Instituição: O que é ARD-FC**. Disponível em: <<http://www.medicina.ufba.br/ardfc/alianca/welcome.htm>>. Acesso em 27 out 2018.
- _____. **Aliança**. Disponível em: <<https://aliancardfc.wordpress.com/alianca/>>. Acesso em 27 out 2018.
- ALVES, Wagner Coutinho. Fogo na babilônia: Ganja, Reggae e Rastas em Salvador. In: **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** / Antonio Nery Filho, organizadores. [et al.]. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, 438 p. (Coleção drogas: clínica e cultura)
- ANDRADE, Tarcisio Mattos de. Redução de danos: um novo paradigma? In. **Drogas e cultura a: novas perspectivas** / Beatriz Caiuby Labate ... [et. al.], (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008, 440 p.: il
- ASSOCIAÇÃO PSICODÉLICA DO BRASIL. **Cartilha Psicodélicos e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro, 2015.
- BEAUMORD, Camila; BONA, Rafael José. **O Cigarro e o Mito: um estudo sobre o Merchandising da marca Marlboro**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XI Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sul – Novo Hamburgo – RS 17 a 19 de maio de 2010. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2010/resumos/R20-0246-1.pdf>>. Acesso em 16 out 2018.
- BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal, Vol.1**. São Paulo: Saraiva, 2016.
- BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 22 mai. 2018.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 20 out 2018.
- _____. **Decreto 5.912 de 23 de agosto de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em 20 ago 2018.
- _____. Ministério de Justiça, Secretaria Nacional de Política de Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuário e dependentes de drogas**. coordenação: Arthur Guerra de Andrade; coordenação da Faculdade de Medicina: Camila Magalhães Silveira; coordenação Faculdade de Direito: Rogério Fernando Taffarello; coordenação pedagógica: Erica Rosanna Siu; supervisão técnica: Vitore André Zílio Maximiano. - 2. ed. - Brasília: Ministério de Justiça, Secretária Nacional de Política de Drogas, 2015. Disponível em: <http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Atividade_Judici%C3%A1ria_com_Usu%C3%A1rios_e_Dependentes_de_Drogas.pdf>. Acesso em 30 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 22 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico para o cuidado pessoal com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília: Ministério da Saúde. Secretária-Executiva, 2015. Disponível em:

<<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>. Acesso em 30 de mai. 2018.

_____. Ministério de Justiça, Secretaria Nacional de Política de Drogas. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuário e dependentes de drogas**. coordenação: Arthur Guerra de Andrade; coordenação da Faculdade de Medicina: Camila Magalhães Silveira; coordenação Faculdade de Direito: Rogério Fernando Taffarello; coordenação pedagógica: Erica Rosanna Siu; supervisão técnica: Vitore André Zílio Maximiano. - 2. ed. - Brasília: Ministério de Justiça, Secretária Nacional de Política de Drogas, 2015. Disponível em:<

http://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/974/Atividade_Judici%C3%A1ria_com_Usu%C3%A1rios_e_Dependentes_de_Drogas.pdf>. Acesso em 30 mai. 2018.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, p. 8. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2018.

_____. SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua**. Salvador: SJDHDS, 2016,

_____. SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço**. Disponível em: <<http://justicasocial.ba.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2018.

CARDOSO, Fernando Henrique. Entrevista concedida a Mônica Grayley (Repórter da ONU News) em 27/04/2018 na sede das Nações Unidas, Nova Iorque, Estados Unidos da América. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dfTs-tXeW7E&t=94s>> . Acesso em 01 out 2018.

CARNEIRO, Henrique. História das substâncias psicoativas. Congresso Internacional de Drogas: Lei, Saúde e Sociedade, Brasília, Museu da República, 03 de mai. de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2QyTibX_WdA>. Acesso em 03 jun. 2018.

CARVALHO, Salo de. A política Criminal de Drogas no Brasil: Estudo Criminológico e Dogmático da Lei 11.343/06. São Paulo: Saraiva, 2016.

_____. Entrevista concedida ao Conjur. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2017-fev-20/entrevista-salo-carvalho-professor-direito-penal-ufjr>>. Acesso em 10 out 2018.

_____. Seminário. Políticas de Drogas Mudança de Paradigmas. Dos perigos da proibição à necessidade de legalização, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9ZInm_zDFts>. Acesso em 30 mai. 2018.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. **Livreto informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. Brasília: Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2011.

CETAD. **O CETAD**. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Cetad/OCetad>>. Acesso em 04 out 2018.

_____. **Sobre o Observatório**. Disponível em: <<http://www.cetadobserva.ufba.br/sobre-o-observatorio>>. Acesso em 05 out 2018.

_____. **Núcleos**. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/Cetad/Nucleos>>. Acesso em 04 out 2018.

DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA DA UNIFESP/ EPM. O que são psicotrópicos. Disponível em: <https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/drogas_.htm>. Acesso em :25 de mar. de 2018.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. São Paulo: Saraiva, 2011.

É DE LEI. Cartilha. Drogas e Direitos Humanos é de lei. 47 p. Disponível em: <http://edelei.org/_img/_banco_imagens/cartilha-dh_e-de-lei.pdf?phpMyAdmin=d5k1Zke7bAb7b0FX4U9Wg5xnHh5>. Acesso em 28 out 2018.

ESCOHOTADO, Antonio. História general de las drogas. Madrid: Alianza Editorial, 1995. Disponível em: <<http://www.tabiblion.com/liber/Libros/Historia%20General%20de%20Las%20Drogas.pdf>>. Acesso em 30 mai. 2018.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA. Disponível em: <http://www.fameb.ufba.br/index.php?option=com_content&view=article&id=140&Itemid=164>. Acesso em 04 out 2018.

FORATTINI, P. Oswaldo *apud* RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

GIL e FERREIRA, Gilberto e Juca. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas”. In **DROGAS E CULTURA: NOVAS PERSPECTIVAS**. BEATRIZ CAIUBY LABATE ... [et al.], (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008.

GOMES, Luiz Flávio. Lei de drogas comentada: artigo por artigo: Lei 11.343, de 23.08.2006, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

HART, Carl. Um novo olhar sobre drogas (Entrevista concedida ao Dr. Drauzio Varella). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=zb6sRUNr6Jw&t=609s>>. Acesso em 05 out 2018.

INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. Disponível em: <<https://idpc.net/pt/profile/reduc>>. Acesso em: 09 de out de 2018

KARAM, Maria Lúcia. A lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: *Drogas e cultura a: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate ... [et. al.]*, (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008, pp. 105/120.

_____. Seminário. Drogas: Dos perigos da proibição à necessidade de legalização. Dos perigos da proibição à necessidade de legalização, Rio de Janeiro, Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 04 de abril de 2013. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=y1plJObIYxw&t=47s>>. Acesso em 30 mai. 2018.

_____. Guerra às drogas e saúde: Os danos causados pela proibição. Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o 'crack' (orgs. Lucília Elias Lopes e Vera Malaguti Batista). *Criminologia de Cordel 3*. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014, p. 265/300. Texto disponível em:

<<https://antiproibicionista.com/2015/01/08/guerra-as-drogas-e-saude-os-danos-causados-pela-proibicao-por-m-lucia-karam/>>. Acesso em 05 mai. 2018.

LABATE, Beatriz Caiuby. *Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate ... [et. al.]*, (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008. 440 p.: il

LABATE; FIORE e GOULART, Beatriz Caiuby; Maurício e Sandra Lucia. Introdução. In **Drogas e cultura: novas perspectivas / Beatriz Caiuby Labate ... [et. al.]**, (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008.

MACRAE, Edward e SIMÕES, Júlio Assis. Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: EDUFBA; UFBA/CETAD, 2004. Disponível em:

<<http://www.giesp.ffch.ufba.br/Textos%20Edward%20Digitalizados/24.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

MAGALHÃES, Marcelo. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 17 out 2018.**

NEIVA, Gerivaldo Alves. Audiência Pública realizada em 08/09/2014. 58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4º Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=-6z7ImW-zdk>>. Acesso em: 25 set 2018.

NERY, Antonio Filho. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais / Antonio Nery Filho, organizadores. [et al.]*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012. 438 p. (Coleção drogas: clínica e cultura)

NERY, Antonio Filho. Dependência química, abuso e uso: como fazer a diferença?.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=P0RABJnvhwA&t=331s>>. Acesso em 03 out 2018.

NUCCI, Guilherme de Souza. *Leis Penais e Processuais Penais Comentadas*, vol. 1. Rio de Janeiro: Forense, 2017.

PEREIRA, José Carlos. Problema Social e Problema de Saúde Pública. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*. São Paulo: IMESC, vol. 4, 1984, disponível em:

<<http://www.imesc.sp.gov.br/Revistas/TemasIMESC-JUL87.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2018.

PRADO, Daniel Nicory. Audiência Pública realizada em 08/09/2014. 58ª Reunião Extraordinária da Comissão Permanente de Direitos Humanos e Legislação Participativa, da 4º Sessão Legislativa Ordinária da 54ª Legislatura. Disponível em:

<<https://www.youtube.com/watch?v=flXXnSqXz24>> acesso em: 24 set 2018.

PRADO, Daniel Nicory do. **Críticas ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2013.

_____. Lei penal em branco: de drogas e legitimidades. In: **Boletim IBCCRIM 288** Novembro/2016.

Quebrando o tabu. Produzido por: Fernando Menocci, Silvana Tinelli e Luciano Huck. Dirigido por: Fernando Grostein Andrade. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tKxk61ycAvs>>. Acesso em: 12 out 2018.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos: os direitos das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RODRIGUES, Iago. **Entrevista concedida a Arthur Jobim. Salvador, 15 ago 2018**.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. **Manual de Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

SECRETÁRIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL; CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRAL DE ADOLESCENTES. **Corra pro abraço: o encontro para o cuidado na rua**. Salvador: SJDHDS, 2016.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/cartilhasobremaconhacocainainalantes.pdf>>. Acesso em 05 jun. 2018.

SIMÕES, Júlio Assis. (Prefácio ?). In **Drogas e cultura: novas perspectivas** / Beatriz Caiuby Labate ... [et. al.], (orgs.). Salvador: EDUFBA, 2008.

SILVA, Marco. **Em entrevista concedida em 24 out 2018**. Vide Apêndice 02.

VIDAL, Sergio. História do cultivo indoor da cannabis sativa. In: **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** / Antonio Nery Filho, organizadores. [et al.]. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.(Coleção drogas: clínica e cultura) p. 59

VALENÇA, Tom. Consumir e ser consumido, eis a questão! Um recorte socioantropológico em torno do consumo de drogas por parte de estudantes universitários. In: **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais** / Antonio Nery Filho, organizadores. [et al.]. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. A Redução de Riscos e Danos na saúde mental através do CAPS-AD. In. NERY FILHO, Antonio.(Org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

VARELLA, Drauzio. **Moda de anabolizantes**. Disponível em:<<https://www.youtube.com/watch?v=FGCGuupY-vo>>. Acesso em 26 out 2018.

APÊNDICE I

ENTREVISTA 01³¹⁷ - ANTONIO NERY FILHO³¹⁸**COMO SE DEU A INICIATIVA DE CRIAR O CETAD? DE CRIAR UMA FORMA DE SE BUSCAR UM TIPO DE CUIDADO, UMA ATENÇÃO DIFERENTE AOS USUÁRIOS DE DROGAS, ALGO QUE FUGISSE DE UMA IDÉIA COERCITIVA, DE UMA IDÉIA DE TRATAMENTO DE CIMA PARA BAIXO?**

Nery: Eu diria que foi um pouco o acaso, porque quando eu me formei, em 1970, o professor Álvaro Rubim de Pinho, que era o titular de psiquiatria, me indicou para trabalhar no manicômio judiciário, hoje casa de consultório de tratamento. No manicômio judiciário, eu tive contato com algumas pessoas, jovens, para perícia, em razão da Lei de 1970, que depois foi modificada em 1976, mas que, naquele período, o juiz solicitava ao manicômio que “periciasse” os usuários de drogas, particularmente maconha, e dissesse se era usuário-trafficante ou usuário-doente. Era preciso definir se era uma pessoa que cairia sob as malhas da lei, do ponto de vista do tráfico, ou se essa pessoa era, como se dizia na época, um dependente químico, e aí ele seria tratado como um doente, o que, na minha avaliação, não fazia muita diferença.

Por outro lado, eu verifiquei também que os usuários de drogas, eu repito, particularmente a maconha, naquela época, não tinha crack, a cocaína era droga de rico, você tinha drogas injetáveis (algafan), que causava muito problema, mas a droga que assustava as famílias, as escolas, era a maconha. As pessoas usuárias de maconha eram encaminhadas para hospitais psiquiátricos, particularmente o Hospital Juliano Moreira. Eu achei que aquilo não parecia muito justo, porque eu não via naqueles usuários de maconha transtornos psíquicos que justificassem aquela conduta. Eu trabalhei no manicômio judiciário até 1973, de 1973 a 1977 eu morei na França, onde eu fui fazer a formação psiquiátrica em nível de pós-graduação e voltei, em 1977, a trabalhar no manicômio judiciário e encontrei a mesma coisa.

Em 1977 a lei tinha mudado um ano antes, tinha os famosos artigos 12 e 36, o 12 era, se não estou enganado, do tráfico e o 36 era do doente. Essa lei, 6.368/76, se apoiava, havia sido construída, no Código Penal, isso é, naquela época, no artigo 22, que iria dizer que uma pessoa é inteiramente incapaz se ela fosse incapaz de entender e se determinar completamente, era ela inimputável, portanto, era ela irresponsável. Os usuários de drogas eram considerados, mais ou menos, como os doentes mentais e precisavam ser avaliados para serem considerado imputáveis ou inimputáveis, novamente eu achei que aquilo não era muito justo, isso foi em 1977.

Em 1980 eu fui convidado para ensinar na Faculdade de Medicina, exatamente em função da minha experiência em manicômio judiciário, eu fui ensinar psiquiatria forense para os

³¹⁷ Entrevista realizada em 05 de outubro de 2018, com Antonio Nery Filho, na sede do CETAD, em Salvador/Ba.

³¹⁸ Antonio Nery Filho é formado em medicina pela Universidade Federal da Bahia, mestre em Medicina e Saúde pela UFBA, doutorado em Sociologie et Sciences Sociales - Université Lumiere Lyon 2 e pós doutorado em antropologia pela Université Laval. É professor associado da UFBA. Possui experiência na área de Medicina, com ênfase em Dependências Químicas, ética e saúde, Bioética. Foi membro do Conselho Estadual de Entorpecentes e o fundador e ex diretor do CETAD. Currículo Lattes disponível em: <<http://lattes.cnpq.br/8712438884007848>>.

estudantes de medicina. E, nas minhas conversas com os estudantes, eu toquei muito nessa história, das dependências com drogas ilícitas, mas eu comecei a falar da responsabilização médica com relação às dependências, eu diria legais, prescritas pelos médicos, coisas que ninguém falava e me parecia importante trazer essa questão do ponto de vista da responsabilidade (sentido mais amplo) dos médicos na produção destas dependências iatrogênicas, isso é, produzidas pelo tratamento. E eu trabalhei de 1980 a 1983 e fui aprofundando essas reflexões com os estudantes, eu não tinha me esquecido das experiências com o manicômio, agora eu estava ensinando psiquiatria forense, mas numa disciplina chamada medicina legal e social, portanto, eu trazia para a discussão com os estudantes, não só os aspectos da lei, as perícias que apoiavam os juízes, mas eu discutia também as questões sociais, porque as pessoas iam para o manicômio, qual a função do manicômio, porque que não se falava das dependência iatrogênicas, tudo isso eu trazia para o campo em uma discussão mais ampla com os estudantes.

Em 1983 bateu na minha cabeça que eu deveria voltar à França para conversar e trabalhar um pouco com o professor Claude Olievenstein, que havia criado, nos anos 70, um serviço que se tornou renomado, e o mais importante da França, e, eu diria, da Europa, no atendimento aos usuários de heroína. Ele foi o primeiro a dizer que para se pensar a toxicomania é preciso se considerar a pessoa, era preciso considerar a droga, e era preciso considerar as condições ou circunstâncias socioculturais do consumo. Isso é uma velha equação da epidemiologia que ele usou e eu acho que isso revolucionou porque ele tirou o privilégio da droga e colocou o privilégio no humano. Portanto, ele dizia que era o encontro de um humano com uma determinada droga em um determinado contexto sociocultural. Eu fiquei com ele lá seis meses e na volta da França, de Paris, eu tive a certeza de que era preciso, no âmbito da Universidade, criar um dispositivo que pudesse acolher as pessoas usuárias de drogas ilícitas, mas que fosse também um lugar para acolher as famílias e que fosse um lugar para se pensar esse fenômeno que começava a se discutir no mundo todo, cada vez mais, que era o consumo de drogas ilegais. E, aí, eu propus ao meu departamento de medicina legal e patologia da Faculdade de Medicina da Federal a criação de um pequeno ambulatório para receber essas pessoas e orientá-las de um modo diverso daquilo que eu tinha visto desde 1970, nós estamos em 1983, quer dizer, treze anos depois, por treze anos isso ficou na minha cabeça.

O departamento autorizou e eu consegui uma sala no Centro Social Urbano da Caixa D'Água, em 1986, porque eu levei 02 (dois) anos, pra você ver, mais dois anos, com o papel na mão, autorização da Universidade, para encontrar o lugar onde eu pudesse fazer esse ambulatório, temos então um total de quinze anos. Mas eu não queria fazer isso na saúde, eu achava desde lá que o consumo de drogas é um fenômeno que devia ser tratado no âmbito do social e não necessariamente no âmbito da saúde, que no âmbito da saúde deveriam ser tratadas as pessoas que adoeceram por uso de drogas, mas eu via que o uso de drogas era um fenômeno multideterminado, determinado pela história da pessoa, determinado pelo social, determinado pelo tráfico, determinado pela economia, quer dizer, não dava para a saúde tentar resolver um problema, por exemplo, como é que a saúde resolve a questão do tráfico se o tráfico era regido pelo tráfico, pela morte, quer dizer como é que a saúde vai se meter nisso, e eu achei que seria muito melhor se nós nos colocássemos na dimensão social. Por isso eu levei 02 anos procurando o lugar até que eu encontrei o Centro Social Urbano que pertencia a Superintendência para o

Desenvolvimento das Comunidades na Bahia (SUDESCO) que estava vinculada à Secretaria do Trabalho e Ação Social, e era lá que eu queria trabalhar. Você imagina que todo mundo disse: “ah, mas isso é estranho, como é que um serviço para acolher usuários de drogas vai para o Centro Social Urbano, e não para a Secretária de Saúde do Estado e do Município?” E a minha justificativa foi essa.

Nós criamos esse ambulatório que foi inaugurado no dia 24/07/1995, dia que reinaugurou o Centro Social Urbano, e de lá trabalhamos até hoje. Nós temos 35 anos de atividade ininterrupta. Inicialmente em um pequeno ambulatório, depois foi reconhecido como atividade de extensão, depois foi reconhecido como extensão permanente da Faculdade de Medicina e hoje o CETAD é o serviço vinculado à direção da Faculdade de Medicina.

A história de criação foi essa e, a partir desse ambulatório, nós pensamos uma nova clínica, o trabalho social, o trabalho de informação, o trabalho de formação de recursos humanos, aulas na faculdade, estágios de pessoas que vinham de todo lugar do Brasil, enfim, fizemos essa longa história.

A GENTE TEM, AQUI NO BRASIL, O CETAD E A EXPERIÊNCIA DE SANTOS COMO PRINCIPAIS MARCOS INICIAIS DA R.D. ACHO QUE GRANDE PARTE DO SUCESSO DO CETAD FOI POR ELE ESTAR VINCULADO À FACULDADE DE MEDICINA, CORRETO?

Nery: Eu diria a você que o CETAD só foi possível porque ele estava administrativamente vinculado à UFBA, através da Faculdade de Medicina, se nós fôssemos um serviço do Estado ou do Município, as injunções políticas, as intervenções, a burocracia, as limitações teriam sido muito grandes. O professor Jairnilson Paim sempre diz, professor do Instituto de Saúde Coletiva, que se pode dizer tudo da Universidade, menos que ela não dá liberdade às pessoas para trabalhar e mais especificamente aos professores, e eu acho que essa autonomia de um professor poder criar um serviço, uma atividade de extensão, isso foi fundamental. Do mesmo modo que foi indispensável a parceria com a Secretária de Saúde do Estado e a Secretária de Justiça do Estado, e mais tarde a Prefeitura. Eu diria que, do ponto de vista administrativo, nós tínhamos uma autonomia que o Estado não nos daria e, por essa razão, nós fizemos uma boa parceria com o Estado da Bahia, no sentido de ter recursos materiais, recursos humanos, mas a gestão pertencia à Universidade, acho que isso foi fundamental.

Isso nos permitiu retomar a história de Santos, que começou o Programa Troca de Seringas em 1989, mas que Ministério Público de Santos considerou que a Troca de Seringas feria a Lei 6.368, porque eles consideraram o incentivo ao consumo de drogas e não compreendiam, não houve quem fizesse esse campo jurídico entender que trocar uma seringa suja por uma seringa limpa, ajudar a pessoa a, digamos, encontrar uma veia adequada, fazer assepsia do braço, enfim, ter os cuidados higiênicos necessários, era uma proteção à vida porque essas pessoas não estavam dispostas a interromper o uso de drogas. A proposta de Santos não era oferecer seringas para as pessoas se drogarem, era oferecer seringa limpa e recolher uma segunda suja, que contaminava as pessoas, porque elas estavam jogadas pela cidade. Era trocar a seringa suja pela seringa limpa junto àquelas pessoas que não tinham nenhuma disposição a abandonar o uso de

drogas. Então não podia ser o estímulo ao uso, sentido estrito, nem senso lato, porque se tratava de uma aproximação com pessoas que haviam “decidido” usar produtos psicoativos e ponto. Então, cabia proteger a vida dessas pessoas para que se criasse os dispositivos necessários de uma aproximação, de um cuidado, de eventualmente um tratamento dessas pessoas e que isso não era possível se esta aproximação não fosse adequadamente feita.

A experiência de Santos foi suspensa, radicalmente suspensa, em 1989, e nós levamos de 1989 a 1995 pensando nisso, trabalhando aqui no CETAD com os usuários de outras drogas, mas nós só fomos começar, na Bahia, a trabalhar com usuários de drogas injetáveis em 1993, e em 1995, em função da experiência acumulada feita pelo trabalho feito no Pelourinho, pela aproximação com o usuários de drogas no Pelourinho melhor dizendo, no centro histórico, o pelourinho sendo o lugar de excelência, nós resolvemos retomar em Salvador a experiência de Santos, mas eu acho que é preciso dizer algumas coisas importantes: Em 1995 o CETAD já tinha 10 anos de atividade, então já era um serviço reconhecido na Bahia e fora da Bahia, a primeira coisa é essa; A segunda coisa é que eu, há muito tempo, estava trabalhando, naquela época se chamava Conselho Estadual de Entorpecentes e eu era o vice presidente do Conselho, ora, o Conselho era a instância que poderia impossibilitar essa proposta mas não foi possível porque eu estava dentro do conselho defendendo a proposta, então eu convenci os meus pares, do Conselho Estadual de Entorpecentes, que a troca de seringas era um ato de vida e não um ato de estímulo ao consumo de drogas, então digamos que desse modo houve um convencimento da instância jurídica legal que poderia criar alguma dificuldade para a implementação desse programa; Terceira coisa que eu acho que é fundamental, e pouca gente sabe disso, muita gente pensa que o programa de Redução de Danos, que hoje é uma política pública no Brasil, nasceu de forma espontânea, não, não foi, a terceira coisa que eu considero fundamental do sucesso do programa de R.D. do CETAD foi nossa articulação com o Conselho Federal de Entorpecentes, onde eu trabalhei de 1987 a 1989, então eu entrei em contato com meus pares e obtive do Conselho Federal uma declaração de que ele reconhecia a retomada do programa de troca de seringas na Bahia como uma atividade experimental, como uma atividade de pesquisa e que em função dos resultados o Conselho se manifestaria.

Eu acho que sem essa três coisas, eu não acredito que teria sido possível superar as dificuldades que apareceram, porque a Igreja Católica se pronunciou contra essa troca de seringa pois vinha junto preservativo e a igreja não suportava, como não suporta até hoje, a distribuição de preservativos. E por que preservativos? Porque nós vimos que as pessoas que usavam drogas e usam drogas injetáveis, elas transam com todo mundo. Ora, se elas transam, e contaminam, você tem que pensar nisso. E aí eu acho que a coisa fundamental é que em 1985, o Brasil estava vivendo, do modo mais dramático possível, a epidemia da AIDS, então nós tínhamos problemas muito sérios, que era a contaminação do HIV feita pelos usuários de drogas injetáveis. É o que eu digo sempre, nós tomamos o trem da AIDS, o Ministério da Saúde, a DST, AIDS, e nós tivemos força para dizer a quem se opunha a proposta de que a AIDS estava aí, assustando todo mundo, e que os usuários de drogas injetáveis estavam aí se contaminando e contaminando todo mundo, pelo compartilhamento de seringas e pela atividade sexual, e que era indispensável, digamos, proteger essas pessoas, e as pessoas que viviam com usuários de drogas injetáveis. Então eu diria que tudo isso permitiu que nós ultrapassassem, digamos, o clamor público inicial de que nós tínhamos retomado um programa que estimulava o consumo de drogas.

E, de 1995 para 2000, o CETAD mostrou o quanto que isso era importante, trabalhos epidemiológicos mostraram a redução da contaminação, nós mostramos o quanto foi possível cuidar de pessoas que não teriam conseguido chegar ao Centro se não fosse pelo trabalho na Rua com trocas de Seringas.

Nesse mesmo ano de 1995, nós criamos o chamado Consultório De Rua, que deu origem, mais tarde, ao Consultório Na Rua, que é uma política pública. Os consultórios De Rua eram uma política na saúde mental, enquanto os consultórios Na Rua pertencem à atenção básica. São duas instâncias importantes, saúde mental e atenção básica. Lamentavelmente, o Ministério da Saúde achou que não precisava sustentar os consultórios de rua. Mas eu acho que a questão era “mais embaixo”, é que os Consultórios De Rua nasceram vinculados ao Ministério da Justiça, pela Secretária, hoje chamada Nacional de Políticas Sobre Drogas, e o Ministério da Saúde não quis apoiar uma atividade do Ministério de Justiça e, lamentavelmente, o Ministério de Justiça não teve coragem de encarar, de enfrentar o Ministério da Saúde e dizer “olha, já que você não se interessa por esse consultório de Rua, que é saúde mental, que é Ministério da Saúde, nós vamos sustentar isso no Ministério da Justiça!”, não fizeram isso, e os Consultórios de Rua, eu não diria que desapareceram, porque eles existem em várias cidades do Brasil, mas o Ministério da Saúde, hoje, só banca, só reconhece, os consultórios Na Rua vinculados à atenção básica.

Então, de 1995 para 2000 se consolida o projeto "Troca de seringas" e isso ganha o Brasil, o Ministério da Saúde reconhece essa atividade e mais tarde vai torná-lo o chamado "Programa de Redução de Danos", como política pública, com as portarias respectivas e, hoje, nós já ultrapassamos o que eu chamo de uma prática, uma "técnica clínica", no sentido de uma atividade clínica, para ganhar uma dimensão política e por isso, hoje, a Redução de Danos, no Brasil, é uma política pública de saúde e nós estamos caminhando para torná-la uma política pública latino-americana, porque os norte-americanos não gostam da Redução de Danos, a Europa fala sobre, mas não assume claramente a Redução de Danos como uma política e nós temos, então, Brasil, Argentina, Peru, Chile, Bolívia, Colômbia, México, Panamá trabalhando no sentido de anunciar para o mundo que a Redução de Danos se apoia em princípios sérios, como da autonomia e da responsabilidade, que são dois princípios fundamentais para se compreender a Redução de Danos e, com isso, podemos propor ao mundo a Redução de Danos como uma política que representa a América Latina. A discussão gira em torno disso, porque hoje podemos dizer que já ultrapassamos o status de "mera atividade clínica", uma atividade inserida na clínica, para poder chamar a Redução de Danos como uma política e não uma política do Estado do Brasil, da Argentina ou do México, mas sim da América Latina como um todo.

NÓS JÁ TEMOS PORTARIAS QUE INSTITUEM A REDUÇÃO DE DANOS, TEMOS DIVERSOS TEXTOS E DISPOSITIVOS LEGAIS, ASSIM COMO NA MEDICINA E NA PSICOLOGIA JÁ EXISTEM VÁRIOS INDICATIVOS DE QUE A REDUÇÃO DE DANOS É UMA MEDIDA DE CUIDADO, UMA POLÍTICA IMPORTANTE PARA A PREVENÇÃO. SÓ QUE, EM 2018, AINDA NÃO TEMOS UM CONSENSO DE ACEITAÇÃO, MUITAS VEZES, PRINCIPALMENTE PARA OS MAIS TRADICIONALISTAS, CAUSA ALGUM TIPO DE ESTRANHEZA. VOCÊ VEIO

DESDE 1985, ESTABELECENDO O CETAD, TRABALHANDO COM REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS, DESDE OS ANOS 80, COMO FOI ESSA ACEITAÇÃO?

Nery: Eu não diria prevenção, porque o próprio nome Redução de Danos já indica que não é prevenção. Se é "Redução", só seria preventiva se você incluir "risco", mas de um modo geral, o mundo não diz "Programa de Redução de Riscos e Danos", o mundo diz "Programa de Redução de Danos", no sentido de dizer "nós estamos trabalhando com aquelas pessoas que já foram vulneradas, que já foram feridas social, psicológica e fisicamente", ou seja, nós vamos trabalhar com essa população que já está ferida e reduzir os danos desse ferimento, ferimento no sentido de várias doenças e do abandono social, coisas desse tipo. Então, quando nós acrescentamos "risco", nós desenvolvemos dispositivos e ações que evitem que o dano chegue, além de medidas que reduzam os danos causados, de maneira que a equipe ali responsável passa a atuar em duas frentes: a de prevenção de riscos e a de redução de danos. Se você pensar em "Redução de Danos" como prevenção, só se for a ideia de prevenção de um dano ainda maior. E então, a Redução de Danos pode ser, hoje, entendida como uma política pública, porque os agentes, os "redutores de danos" têm reivindicado um estatuto, o reconhecimento da sua profissão enquanto redutores, a criação de uma nova categoria profissional.

Na verdade, não acho que houve represália, houve uma certa contestação, uma certa interrogação, por conta do que eu já te disse (minha posição no Conselho), um Conselho Federal aceitou, e nós havíamos conseguido que, dentro da Universidade, o CETAD estivesse bem inserido, então, no início, as pessoas recuaram rapidamente diante do nosso mantra de que nós estávamos defendendo a vida e não fazendo um estímulo ao uso de drogas, de produtos ilícitos. Então, eu acho que não foi uma coisa que nos tomou tanto tempo, no primeiro ano isso já estava superado e, nos 05 anos seguintes, o Brasil foi copiando isso, no sentido de: "se a Bahia faz por essas razões, então vamos fazer", o Rio de Janeiro tentou e não conseguiu, em 1987, Minas Gerais, em 1986, tentou e não conseguiu, mas em 87 e 88 conseguiu, de tal modo que os psicólogos, os psiquiatras e os "criadores da lei" começaram rapidamente a ver que não havia argumento que pudesse impedir o discurso de proteção à vida das pessoas por uma doença que não tem cura e que elas podem ser ajudadas a não se contaminarem e os contaminados podem ser ajudados a entender como não contaminar outras pessoas. Quem poderia ser contra um discurso desse?

Agora, hoje, em 2018, você tem médicos que tomam a medicina como uma atividade divina e consideram que os usuários de drogas, injetáveis ou não, são doentes que precisam ser tratados na dimensão médica. Nós não concordamos com isso e eu diria a você que a maior parte dos psicólogos e professores, no Brasil, não apoiam essa medicalização do consumo de drogas a qualquer preço, mas, evidente que há pessoas importantes, médicas, que consideram que a "Troca de Seringas" ou a "Redução de Danos" são práticas que contrariam os princípios da medicina, que são de internar, dar remédio e cuidar das pessoas, considerando que elas doentes pelos seus hábitos, mas eu sou do grupo que não concorda com absolutamente nada disso.

Nós temos outro problema, que é a posição evangélica, os evangélicos começaram a propor cuidados para os usuários de drogas, criaram as comunidades terapêuticas, sem nenhuma avaliação psicológica ou social e quando eu digo sem avaliação nenhuma, é a maioria delas, eu

diria, porque o Conselho Federal de Medicina fez um senso mostrando que a maioria das comunidades terapêuticas não passa de uma atividade comercial. E o que é pior, os evangélicos, donos dessas clínicas, consideram, como aqueles médicos aos quais eu me referi, que o uso de drogas, qualquer que seja, é um pecado, é uma atividade demoníaca e que essas pessoas precisam ser salvas, digamos, desse monstro infernal que é a droga. Mas essa, me parece, uma percepção absolutamente desprovida de sentido e de senso, mas eu reconheço que isso, do ponto de vista religioso, tem funcionado e o Brasil, hoje, já possui 3 mil comunidades terapêuticas e um núcleo duro no parlamento, na Câmara dos Deputados e também em várias câmaras estaduais, um núcleo duro que entende que qualquer uso de drogas implica em dar um tratamento médico às pessoas e, como eles estão em uma posição de poder, estão em Brasília barrando todas as práticas mais avançadas e inovadoras e produzindo o que está sendo conhecido hoje como um recuo de, no mínimo, 20 anos. Nós estamos em uma posição de resistência a isto, pensando no que vai acontecer no futuro e estamos com a esperança de que essa renovação é possível, vamos esperar o resultado do dia 07 para ver se a inovação da Câmara dos Deputados de Brasília vai permitir a gente retomar a conversa.

Por outro lado, o STF suspendeu uma discussão na medida em que o primeiro voto foi favorável ao reconhecimento de que o porte de uma droga ilícita para o uso próprio não se caracteriza como crime e, então, suspenderam a votação. Nós estamos esperando também que esse nó político se desfça no Brasil, para ver se o Supremo vai retomar isso e caminhar para não só o reconhecimento da legalidade, do porte para o uso pessoal, como também para nós próximos anos, vai depender da organização parlamentar brasileira, a proposta da legalização da produção, distribuição e, evidentemente, da compra e consumo dos produtos que vão parar de ser ilícitos para serem, a partir de então, regulados.

Todo mundo pensa, quando se fala em legalização, que é "liberou, geral", mas "liberou, geral" é hoje que não tem, a lei é de proibir, plantar, vender, guardar... São dezenove verbos, sem pagamento de impostos, sem controle de qualidade de nenhuma droga, então, a legalização como a regulamentação da produção, da distribuição e do consumo mudaria completamente a perspectiva, mas hoje nós estamos vivendo um momento de muita dificuldade, na medida em que o poder político, público, se opõe às práticas como a redução de danos, sob o argumento, não que a redução de danos não seja uma coisa boa, mas sim que qualquer consumo de drogas precisa de um cuidado realizado tão somente por médicos.

COM MAIS DE VINTE ANOS DE ATUAÇÃO COMO DIRETOR DO CETAD, QUAIS FORAM OS PRINCIPAIS IMPEDIMENTOS, QUE VOCÊ CONSEGUIU OBSERVAR, CAUSADOS À PRÁTICA DO CETAD, PELO PROIBICIONISMO?

Nery: Eu não diria que foi o proibicionismo que dificultou a atividade do CETAD, do ponto de vista da clínica, das ações de informação e educação para vida, ou mesmo de pesquisa, ou da redução de danos e o consultório de rua. Eu não diria que o proibicionismo atrapalhou o CETAD. O proibicionismo atrapalha, na verdade, uma política, porque o proibicionismo coloca barreiras, implica em dispositivos de intervenção, de prisão. As prisões brasileiras hoje tem 60% de pessoas presas por pequeno tráfico e a maioria mulheres. Então, o proibicionismo causa

um dano social, termina criando circunstâncias em que as pessoas são mortas, pois a guerra às drogas mata pessoas e, sobretudo, prende pessoas. Então, eu não diria que o proibicionismo impediu a prática do CETAD no sentido estrito, mas sim que causou e continua causando um grande dano social e político, porque mata fisicamente e psicologicamente, e, sobretudo, socialmente. Mas o CETAD sempre pôde fazer suas práticas clínicas, sua intervenção no social, participar de grupos comunitários e informar pessoas.

Agora, eu pensei de você me perguntar assim: "quais foram as grandes dificuldades que o CETAD encarou?". E eu te diria que, hoje, a grande dificuldade é que as propostas do CETAD nunca foram incorporadas pelo Poder Público local. E nem mesmo pela Universidade. A Universidade nos autorizou a trabalhar, mas nunca incorporou a nossa atividade na sua agenda de trabalho. Então, nós nunca trabalhamos com a população acadêmica da UFBA, não se tornou nosso trabalho, não abriu as portas para que a educação colocasse, na sua agenda, a questão do consumo de álcool e outras drogas, álcool, tabaco, medicamentos, maconha, cocaína, enfim, as psicoativas lícitas e ilícitas. Nunca o nosso trabalho foi reconhecido e incluído na agenda pública. E foi assim no Brasil inteiro. Essa foi a nossa grande dificuldade. Eu digo isso porque as pessoas dizem assim: "ah, não foi difícil para trocar uma lâmpada, consertar um computador?". Sim, sempre foi muito difícil, mas na ordem do pequeno, a grande dificuldade, na ordem, eu diria, maior, foi que nossas atividades nunca foram colocadas na agenda pública, na agenda política, do Estado.

VOCÊ FALOU EM MEDICAMENTOS E DROGAS LÍCITAS, CONTUDO A COMUNIDADE, EM GERAL, ASSOCIA A REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS ÀS DROGAS ILÍCITAS E NÃO CONSEGUEM ENTENDER O PORQUÊ DE ADOTAR ESSAS MEDIDAS, ESSE TIPO DE CONDUTA, PARA OS FÁRMACOS, PARA OS PSICOFÁRMACOS, PARA AS DROGAS LÍCITAS. COM ESSE TEMPO DE EXPERIÊNCIA, AINDA PARA ESSAS SUBSTÂNCIAS, SERIA A R.D. UMA ALTERNATIVA MENOS DANOSA?

Nery: Essa é uma questão interessante. A redução de danos ficou centrada na redução dos danos pelas drogas ilícitas, mas faz muito tempo, desde a nossa fundação em 1985, nós sempre colocamos na nossa pauta de trabalho as drogas legais, sobretudo porque o CETAD está vinculado à Faculdade de Medicina e eu trabalhava com um professor na disciplina de Medicina Legal e depois eu entrava para produzir uma larga discussão sobre os psicoativos, mas nós discutimos o consumo de medicamento num sentido mais amplo, por exemplo, nós discutíamos a automedicação, que é um grande problema de saúde pública no Brasil e que se fala pouco. Então, qual é a minha compreensão do porquê isso não avançou, porquê nós não fomos capazes de enfrentar a indústria farmacêutica, que é talvez a terceira ou quarta economia mundial. Ora, se o Estado e a Universidade não incluíram na sua agenda, o trabalho com as drogas legais, nem de longe se interessou em incluir na agenda as questões causadas pelos medicamentos, pelas drogas lícitas, pelo álcool, pelo tabaco, pelos tranquilizantes, pelos antibióticos, corticóides, pelos medicamentos que causam problema. Até hoje esse é um "não-dito", é uma ponte que nós não conseguimos atravessar. Nós não conseguimos tornar o discurso científico, que mostra os

danos causados pelas drogas centrais, na agenda. E sabemos que isso tem muito a ver, por um lado, com o poder da indústria farmacêutica, mas tem a ver, também, com uma complacência, mas uma complacência ativa, já que a indústria farmacêutica compra o Estado, a indústria farmacêutica hoje, em 2018, está em uma expansão nunca vista. Na Bahia, por exemplo, você encontra 4 farmácias em uma mesma faixa de rua, de grupos poderosíssimos. As farmácias se tornaram minimercados de cosméticos e medicamentos e isso não é ingênuo. Aquele mercado que vende o shampoo, as pessoas passam e pegam o analgésico, ainda que não precisem disso. E o Poder Público é totalmente conveniente com isso, algo que é muito prejudicial para a saúde e muitos pesquisadores já mostraram em diversos congressos, em inúmeras publicações, que a automedicação, no Brasil, é uma questão de saúde pública. Os danos causados são imensos. Mas a Televisão não fala disso, o jornal não fala disso, os programas não mostram isso. Mas nós do CETAD nós sempre tratamos essas questões nas nossas conversas.

EU VOU LER PARA VOCÊ UMA PASSAGEM DA PORTARIA 1.028/06 (ART. 8º, CAPUT E PARÁGRAFO ÚNICO)³¹⁹, E GOSTARIA DE SABER SUA OPINIÃO SOBRE O QUE ESTÁ ESCRITO, TENDO EM VISTA TODOS ESSES ANOS ATUANDO COM R.D.

Nery: Eu acho que ela é larga. Ela permitiu efetivamente que a Redução de Danos fosse reconhecida como uma prática lícita, mas, eu diria a você que ela só garante, só se executa, na prática, essa lei, no que se refere ao trabalho de rua, aos consultórios de rua. Pouquíssimas coisas têm sido feitas, pelo meu conhecimento, ao menos, nas prisões, por exemplo, e todas essas instâncias, onde a redução de danos pode e deve ser exercida como uma prática de proteção à vida. Eu sei que durante um certo tempo, o próprio CETAD desenvolveu nas prisões de Salvador, um forte e efetivo programa de R.D., isto é, informando aos presos sobre a necessidade de uso de preservativo, eu não diria a você foi um programa de troca de seringa largo dentro do presídio, pois o presídio, por definição, não permitiria o uso de drogas, mas a gente sabe que ocorre e o CETAD pôde trabalhar com tranquilidade durante o período que o programa foi desenvolvido nos presídios. Agora, quando fala em asilos, escolas, nós sabemos que isso está inserido na lei, mas não tem sido efetivamente cumprido, a não ser nos consultórios de rua. Mas eu não me oporia à lei, eu apenas lamento que ela fique como se fosse uma lei vazia no cumprimento, mas plena na formulação.

ACHO QUE FICA MEIO CLARO AQUI QUE EXISTEM, DENTRE OUTROS, DOIS PRINCIPAIS MOTIVOS PELOS QUAIS ESTAMOS COM A NOSSA POLÍTICA DE

³¹⁹ Art. 8º Definir que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público em que ocorra ou possa ocorrer o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, ou para onde se reportem os seus usuários.

Parágrafo único. As disposições desta Portaria aplicam-se no âmbito do sistema penitenciário, das cadeias públicas, dos estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, dos hospitais psiquiátricos, dos abrigos, dos estabelecimentos destinados ao tratamento de usuários ou dependentes ou de quaisquer outras instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade.

DROGAS DESSE JEITO. DE FATO, A POLÍTICA EM SI, A QUESTÃO DE QUE QUEM ESTÁ NO LEGISLATIVO E A QUESTÃO MORAL.

Nery: Isso, não entende disso, não formula legal, e eu diria a você que hoje formula preconceituosamente. A lei brasileira tem sido proposta de modo preconceituoso, na origem. Não leva em conta o racismo, a pobreza, a violência nas periferias, a autonomia que deu à polícia para matar em nome da droga. Tá usando droga, é bandido, é tiro e mata. Quer dizer, a Lei 11443, esta lei que aparentemente produziu algum avanço, acabou abrindo as portas para a prisão de negros, pobres periféricos, porque não define quantidade, porque não define quem decide se o cara é traficante ou usuário, não há dispositivos que reconheçam que o uso de uma droga faz um toxicômano. Então, a dependência química hoje não é definida pela quantidade de droga, mas pela relação que o sujeito estabelece com o produto. A relação não é o mesmo que quantidade, ela pode até mesmo ser imaginária, a pessoa ser dependente química sem droga. E como nós estamos vivendo um momento em que há um pensamento reacionário de que a droga é um demônio a ser exorcizado, nós estamos vendo renascer a política de guerra às drogas, a partir dos EUA, com o Donald Trump, que acha que tem mesmo é que armar as pessoas. Um candidato ao governo do estado da Bahia diz que ele vai criar uma força-tarefa para resolver o problema do tráfico e do consumo de drogas. Quer dizer, eu diria que essa pessoa merece um prêmio NOBEL ou pela sua inteligência, então, pela sua estupidez, um dos dois, com certeza. Porque há 100 anos foi verificado que quanto mais se mata, mais se vende, mais o preço da droga aumenta. A questão do uso de drogas, na verdade, é uma questão humana, uma questão de dificuldade, inserida no social, no histórico de cada um, não é possível generalizar todas as razões para o consumo de psicoativos. As pessoas bebem por diversas razões, bebem por prazer, para esquecer, para lembrar. O álcool está inserido na nossa pauta cultural. Se fossemos pelos efeitos sociais e físicos, clínicos, o álcool seria a primeira droga a ser proibida, o álcool depois, e a maconha viria no final da fila. Mas nós não proibimos em função do social, nós proibimos pela ideia preconceituosa, por ideias que serviram a um determinado projeto político, por exemplo, o início do proibicionismo da maconha, nos Estados Unidos, se deu com os negros. Ninguém queria resolver o problema de saúde de ninguém, queriam, na verdade, prender os negros e, então, criaram uma identificação entre maconha e crime e por essa associação prendeu-se os negros. Então, podemos ver que o proibicionismo não tem a ver com a droga, mas sim com questões como o racismo, questões econômicas, questões de preconceito e lamentavelmente quando eu converso com aqueles que fazem a lei, estes falam de uma posição religiosa ou, então, de absoluta ignorância com relação a tudo que envolve o uso de substâncias psicoativas.

Novamente, a quantidade não define a toxicomania. Uma pessoa pode ter pequena quantidade e ser toxicômano, e ter uma grande quantidade e não ser toxicômano. Porque a toxicomania, ou a dependência química, como se fala hoje, não é definida pela quantidade nem frequência de uso da drogas, mas pela relação que o sujeito estabelece com o produto, quer dizer, relação não é quantidade, a relação pode ser até imaginária, pode ser até uma toxicomania, ou uma dependência, sem droga. E como nós estamos vivendo um momento em que há um pensamento reacionário, eu diria, de que a droga é um demônio que precisa ser exorcizado, nós estamos vendo renascer a política de guerra às drogas, a dos EUA com o Donald Trump que acha que

tem mesmo que armar as pessoas. Um dos candidatos ao governo da Bahia diz que vai criar uma força tarefa para resolver o problema do tráfico e resolver o problema do consumo de drogas. Eu diria que essa pessoa merece um prêmio Nobel, por sua inteligência, ou um prêmio Nobel pela sua estupidez, um dos dois deveria ter. Porque há cem anos se verificou que quanto mais você mata mais se vende. Quanto mais você mata mais aumenta o preço da droga, qualquer que seja ela, aumenta, sobe.

A questão do uso de drogas é uma questão de necessidades humanas, de dificuldades humanas, inserida no social, inserida no histórico de cada um, não é possível generalizar, para todos, o consumo de um psicoativo. As pessoas bebem por diversas razões, bebem por prazer, bebem para esquecer, bebem para lembrar, bebem porque a cerveja é boa, outros bebem vinho porque não gostam de cerveja. O álcool está inserido na nossa cultura. Se fossemos proibir pelos efeitos sociais, químicos e físicos, o álcool seria a primeira droga a ser proibida, o tabaco logo depois, a maconha viria lá no final da fila, mas nós não proibimos em função do dano social, nós proibimos em função de ideias preconceituosas, de ideias que serviram para um determinado período, por exemplo, o começo da proibição da maconha nos EUA tinha a ver com o negros de Nova Orleans, ninguém queria resolver o problema de saúde, queriam prender os negros e, portanto, se fez uma associação entre droga (maconha) e crime, e por essa associação se prendeu os negros. Isso atravessa o Atlântico e vem pro Brasil e até hoje nós estamos vendo que essa guerra às drogas que o Brasil encara não tem nada a ver com as drogas, tem a ver como outras questões, questões de racismo, questões econômicas, questões de preconceito.

Lamentavelmente, quando eu converso com os que fazem a lei, eu encontro eles hoje e falam a partir de uma posição religiosa ou a partir de uma posição de absoluta ignorância com relação a tudo que envolve as substâncias psicoativas e seus usos, de outros seres humanos, os humanos que consomem drogas

Exatamente, quando eu digo preconceito, quando eu digo essa ideia de que a droga é um mal a ser exorcizado, é um demônio, nós estamos em um campo moral estamos falando de uma moralidade, que é uma moralidade complicada, que só produz danos.

JUNTANDO ESSE CONJUNTO POLÍTICO-MORAL EXISTENTE NO BRASIL, NA SOCIEDADE, AINDA ASSIM VOCÊ ACREDITA QUE A REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS É UMA MEDIDA EFICAZ PARA O CONTROLE DAS DROGAS?

Nery: Absolutamente sim, com certeza, porque nós temos pessoas que precisam, digamos, destas “intervenções”, independente do que pensa a lei ou do que pensam os políticos, ou do que pensam os religiosos. Elas estão nas ruas pedindo para serem atendidas e por isso eu acho que elas serão atendidas, mesmo que o Brasil reconheça hoje que a R.D. é uma “facilitação” (quem pensa isso é o parlamento e os religiosos evangélicos em particular, os católicos se silenciam, um pouco, sobre isso), mas as pessoas estão na rua dizendo que precisam desse atendimento (as pessoas que a Defensoria Pública com seu projeto POP RUA, quando nós íamos no Corra pro Abraço, Secretaria de Justiça, a Secretária municipal de saúde, os consultórios na rua, os três consultórios na rua trabalhando). Por isso nós reconhecemos que há pessoas que precisam ser cuidadas nessa perceptiva da R.D., do acolhimento, da não

criminalização do uso, da não estigmatização, independente do que pensam os religiosos e aqueles que fazem a lei.

COMO É QUE VOCÊ ACHA QUE A GENTE CONSEGUIRIA POTENCIALIZAR O ATENDIMENTO, O ALCANCE, A ATIVIDADE DE R.D., NA NOSSA ATUAL CONJUNTURA?

Nery: Essa é uma pergunta muito delicada, eu diria que seria: os que trabalham com saírem um pouco do seu conforto de técnicos para assumirem posições políticas, eu acho que é a única saída. Seriam os médicos que trabalham em consultórios de rua assumirem posições políticas, denunciarem, encararem, discutirem, não terem medo de perder suas prerrogativas, de que os professores, os poucos que reconhecem e tem formações e trabalham com R.D., assumam o seu papel político. Eu tenho dito aos meus pares em vários lugares que ou nós assumimos o papel político no sentido de denunciar, de cobrar, de exigir, de fazer proposições, eu diria até mesmo de eleger pessoas no campo da R.D..

É algo que nós estamos começando apenas agora, enquanto que a Bancada do Boi elegeu dezenas de deputados, a Bancada da Bala elegeu dezenas de deputados, os evangélicos elegeu dezenas de deputados e formam as três poderosas bancadas hoje da Câmara dos Deputados e do Senado. Nós, da R.D, não elegemos ninguém, então nós não temos uma bancada e eu acho que nós precisamos, politicamente, trabalhar para ter no parlamento brasileiro uma Bancada da Redução de Danos, e politicamente chamadas assim, Bancada da R.D., que fossem pessoas do PSOL, do Pcdob, do PT, porque eu não acredito que o PSDB participaria, apesar de que Fernando Henrique fez aquele famoso filme Rompendo Barreiras, e quando foi perguntando porque quando foi presidente não fez aquilo a resposta dele foi uma resposta dramática: “porque eu não sabia”, mas nós dizíamos, a plataforma brasileira de drogas tem falado isso há muito tempo. Mas eu acho que os partidos, eu diria mais a direita, mais reacionários não vão apoiar candidatos que se apresentem para a bancada de R.D., mas eu acho que a esquerda progressista nós devíamos trabalhar nisso.

Eu acho que uma pessoa que defenda bem, que trabalhe bem com a R.D., durante quatro anos, no ano seguinte eu acho que ele seria reeleito sem grandes esforços, na minha perceptiva, porque seria uma pessoa que estaria o tempo todo mostrando o seu trabalho pela vida, e não contra a vida. Enquanto que, eu acho que, os evangélicos que se elegeu por aí, eu acho que eles são contra a vida, eu acho que eles matam as pessoas, eles internam, as pessoas são medicadas, ou são convertidas e se tornam escravos. Tem um colega de São Paulo, chamado Dartiu Xavier, que disse que o contrário da dependência não é abstinência, é a liberdade. Quer dizer, isso vai completamente contra a posição evangélica, e a posição política do Parlamento brasileiro, que considera que o contrário da dependência é a abstinência, é não usar drogas, enquanto que nós que trabalhamos com Dartiu defendemos que o contrário da dependência não é abstinência, é a liberdade, a liberdade em seu sentido pleno, a liberdade de escolha, liberdade de fazer ou não, quer dizer, eu acho que isso é mais sério.

APÊNDICE II

ENTREVISTA 02³²⁰ – MARCO SILVA³²¹

³²⁰ Entrevista realizada no dia 24 de outubro de 2018, com Marco Manso Cerqueira Silva (Marcão) na sede da ARD-FC, em Salvador/Ba.

³²¹ Marco Manso é Redutor de Danos desde 1995, licenciado em Filosofia e hoje é Supervisor de Campo da ARD-FC (Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti) e membro da Diretoria da ABORDA (Associação Brasileira de Redução de Danos). Currículo lattes disponível em:<<http://lattes.cnpq.br/2842980228103757>>.

O QUE TE LEVOU A TRABALHAR COM R.D E COMO FOI ESSE INÍCIO DE TRABALHO? DESDE QUANDO E COMO COMEÇOU ISSO?

Marcão: Bom, esse trabalho teve início quando eu fui convidado pelo Dr. Antônio Nery Filho, eu era motorista da Universidade e no encontro com ele na Faculdade de Medicina, ele me convida para trabalhar no CETAD, logo que o CETAD veio para o Canela e foi no mesmo tempo que estavam implantando o programa de R.D. em Salvador.

Eu era o motorista da equipe, era eu quem conduzia a equipe para o campo, e foi quando teve o início da pesquisa do Dr. Tarcísio Andrade, que era um trabalho voltado para a exposição a risco entre usuários de drogas injetáveis no centro histórico, no Pelourinho. Por essa facilidade que eu tenho de lidar com a turma em campo, eu desenvolvi esse duplo papel, eu era o motorista e quem convocava as pessoas, convenciam as pessoas a participarem desse projeto.

Em 1995 foi quando teve o segundo curso para Redutores de Danos aqui em Salvador, eu fiz esse curso e, a partir daí, eu comecei a atuar como Redutor de Danos, eu comecei a atuar no campo. Inicialmente eu trabalhava no Centro Histórico, no Pelourinho e em 1997 eu fui trabalhar no bairro da Ribeira, no qual eu estou atuando até hoje.

O PÚBLICO DA RIBEIRA E DO PELOURINHO SÃO BEM ESPECÍFICOS, É POSSÍVEL ENTENDÊ-LOS COMO SEMELHANTES?

Marcão: São públicos bastante específicos, porque o Pelourinho era basicamente formado por pessoas provenientes de outros bairros que vinham e se instalaram aqui, população de rua, foi quando teve essa cena que a gente vê hoje aqui de Cracolândia, ali na 28 de Setembro, essa cena era com o uso de droga injetável em 1997, na ocasião da pesquisa de Tarcísio. E na Ribeira é uma comunidade ampla, bastante diferente, são características diferentes, territórios diferentes, dinâmicas diferentes, tensões diferentes, as relações entre as pessoas são bastante diferentes porque trata-se de comunidades. Inclusive envolve uma série de outras questões, quando você fala de território você fala inclusive do tráfico de drogas, facções, de quem domina o território, então foram coisas bastante diferentes, inclusive com oportunidade de você articular rede, de você fazer trabalhos muito diferentes do que era na época do Pelourinho.

VOCÊS ENTRANDO COMO UMA INSTITUIÇÃO VINCULADA À FACULDADE, COMO FOI A ACEITAÇÃO DESSAS PESSOAS QUANDO VOCÊS CHEGAVAM E APRESENTAVAM A PROPOSTA, COMO FOI ESSA RECEPÇÃO?

Marcão: Bom, primeiro que, com o trabalho de campo, é preciso você trabalhar sob à luz da antropologia, é preciso que você seja um pouco antropólogo, é preciso que você faça etnografia, que é conhecer basicamente a comunidade, o tipo de comunidade, o que se pretende na comunidade e, para isso, é preciso que você escolha canais de comunicação que vão te apresentar à comunidade. Para entrar em uma comunidade dessas é preciso que você conheça

alguém da área, alguém com inserção na comunidade, alguém com inserção nas cenas de uso, para que, a partir daí, você possa falar do seu trabalho, falar da pretensão do seu trabalho e, a partir daí, você poder estar interagindo com outros segmentos da comunidade.

É um trabalho de formiguinha, trabalho de campo é trabalho de antropólogo, de etnólogo, então isso requer uma série de questões, inclusive o encontro é condição fundamental nesse trabalho e em alguns momentos é preciso você se fazer nativo para poder interagir com essas pessoas.

O fato de ser um trabalho em que você tem na retaguarda a Universidade é algo que facilita muito, porque você tem a Academia, o nome da UFBA e isso eu acho que foi um fator que abriu muitas portas pelo fato de você estar dentro da faculdade de Medicina e você poder articular com outras redes, saúde social, isso foi algo que facilitou muito.

VOCÊ FALOU QUE NO COMEÇO TINHA UMA PREDOMINÂNCIA DE DROGAS INJETÁVEIS, AÍ, QUANDO VEIO O CRACK O CONSUMO DE INJETÁVEIS REDUZIU E PASSOU A TER MAIS UMA DEMANDA POR CRACK. ALÉM DO CRACK EXISTIA ALGUMA DROGA QUE A DEMANDA ERA MAIS PERCEPTÍVEL, QUE TINHA UM MAIOR CONSUMO?

Marcão: Primeiro, uma coisa que eu acho que vale falar é que a RD na Bahia começa por conta dessa pesquisa de Dr. Tarcísio, em que foi constatado que 41% das pessoas que foram entrevistadas estavam infectadas pelo HIV, quase 50% com HTLV, então foi com esses dados que foi possível ele pleitear ao Ministério da Saúde o programa de RD. Nessa época, o forte era a redução do dano, porque o forte era a droga injetável, tanto que a R.D. começa como uma prática médico sanitária voltada para a prevenção do HIV, das Hepatites, ela nasce por conta disso e, ao longo do tempo, ela ganha o status de política e vai para outros campos. Nesse período o forte era o uso de cocaína injetável, mas tinham relatos de outras substâncias como “Glu” e outras que eram diluídas e injetadas na veia.

Em 1998 é quando o crack chega em Salvador, nessa época de 97/98, e chega de uma forma artesanal em que as pessoas pegavam a cocaína e misturavam com outras substâncias e faziam o crack. Depois que veio de uma forma “industrial”, essa produção monstruosa, mas era, no começo, algo bem artesanal e era basicamente isso. Posteriormente houve uma migração dessas pessoas que usavam droga injetável para o uso do crack, o que, em verdade, só muda a forma de uso, crack é cocaína, só muda a forma de uso. É óbvio que tem um impacto da Redução de Danos nessa diminuição, não podemos deixar de levar em consideração isso, já que se tem um trabalho de quase 30 anos da Redução de Danos como uma medida eficaz.

COMO É FEITO O TRABALHO DA ARD-FC NA RIBEIRA, TEM UM POSTO, OU O TRABALHO É FEITO NO CAMPO?

Marcão: Bom, o trabalho mudou muito, quando a R.D. estava vinculado ao Departamento de Aids tinha muito recurso para a realização desses projetos, então no Brasil inteiro nós chegamos

a ter mais de 3.000 programas de Redução de Danos, no Brasil inteiro, porque os recursos para desenvolver esses projetos eram muito mais “importantes”, tinha muita grana para a realização desses projetos. Em um dado momento da história, a Redução de Danos, sai da Aids e passa para a saúde mental, numa perspectiva mais ampla, deixa de ser essa coisa sanitária, e passa para uma perspectiva mais biopsicossocial, de uma perspectiva mais integral. Quando a R.D. vai para a saúde mental uma grande parte desses programas, pela falta de recursos, diminuíram, inclusive na ARD-FC, nós tínhamos inúmeros projetos financiados pela AIDS e a maioria desses projetos acabaram.

No auge dos projetos nós tínhamos na comunidade vários pontos fixos, que eram pontos nas casas de uso, locais onde a turma usava como “sala de uso” de injetável, com o tempo, nós transformamos esses espaços em pontos fixos de prevenção e tinha pontos em que a gente deixava o material de prevenção, deixava preservativo, deixava seringa, deixava material informativo, deixava telefone de contato para que a gente pudessemos fazer alguns encaminhamentos.

Só que com essas mudanças, hoje, na ARD, nós estamos basicamente com um projeto que é o projeto do CAPS, que eles fazem trabalho aqui no território do Centro Histórico e eu, que faço o trabalho na Ribeira, fazendo ações bem pontuais em que vou na comunidade, interajo com a turma e, se for necessário, faço encaminhamentos para área de saúde, encaminhamento para o CAPS, o trabalho hoje tem sido basicamente esse. Mas teve uma época em que nós tínhamos ponto fixo em associação de moradores, em casas de pessoas que não faziam uso, mas tinha esses materiais em casa, por conta da noitada, que era quando a coisa acontecia. Nós tínhamos inúmeros pontos fixos, nós chegamos a trabalhar com 12 distritos centrais, nós trabalhamos Nordeste, Santa Cruz, Tancredo Neves, Pernambuco, Subúrbio Ferroviário, em vários locais, Valéria, chegou um ponto em que nós atingimos um número importante de bairros.

Nós tínhamos um projeto específico para isso, tinha uma equipe composta por quase 50 pessoas, e que era distribuído para esse distrito. Hoje praticamente só temos o CAPS e eu que estou na Aliança, na resistência com esse trabalho de campo, hoje estamos agonizando, e as perspectivas são piores, inclusive de acabar com o programa nacional de AIDS.

VOCÊ MENCIONOU ALGUNS LOCAIS COMO O NORDESTE, QUE SÃO LUGARES QUE PELAS SUAS PRÓPRIAS ESPECIFICIDADES JÁ SÃO NATURALMENTE PONTOS DE TENSÃO. COMO ERA A INTERAÇÃO DE VOCÊS COM AS AUTORIDADES POLICIAIS DURANTE O ATENDIMENTO NESSES LOCAIS?

Marcão: O programa de R.D. na Bahia foi pioneiro em 95 e foi por conta disso que foi possível fazer o primeiro programa efetivo de trocar seringas em Salvador, por conta dessa articulação. Primeiro o fato de ser academia, de ser Universidade, depois a articulação que Nery tinha com o CONEM (Conselho Estadual de Entorpecentes) e essa articulação com os órgãos públicos, inclusive a segurança pública.

Na R.D. se trabalha com a noção de território, e nesse território é necessário que se articule tudo que há lá. Tem que informar e capacitar esses policiais, nós tivemos projetos específicos para a capacitação de policiais civis e policiais militares, guarda municipal, agentes presidiários. Assim como nós tivemos essa articulação com esse segmento, há uma articulação com o tráfico de drogas também, porque quando você tá em um território você precisa articular os vários pontos dessa rede, você tem que articular a segurança pública, tem que articular o tráfico, que é quem manda naquele território, tem que articular com a comunidade em geral, é o usuário, é a pessoa que não usa, é a rede de atenção à saúde, a social. Esse é um trabalho que tem que ser articulado com o território, o território é o local em que acontece, onde se estabelece o diálogo, onde a gente vê a potencialidade da comunidade, os riscos, as exposições, então tudo que se faz é com base no território. Articular a polícia militar e civil faz parte desse trabalho.

Até o ano passado nós tínhamos um curso específico do CRE, o CRE é o Centro de Referência em Redução De Danos, que era de capacitar os policiais militares do território. Nós tivemos várias turmas de policiais, com oficiais inclusive, que participaram desse curso, inclusive a gente vê o antes e o depois, como essas pessoas chegam, por conta da instituição a qual estão vinculados e depois de vários encontros, vários momentos, vários temas, você vê como isso provoca uma abertura na visão desse fenômeno de drogas, porque a polícia militar é uma instituição repressora, a essência dela é essa e nós trabalhamos numa outra perspectiva.

VOCÊ FALOU QUE VOCÊS ATUAM E QUANDO VEEM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO, VOCÊS ENCAMINHAM PARA OUTRO SETOR. QUAL SERIA ESSE LIMITE, ATÉ ONDE VOCÊS CONSEGUEM ATUAR COM A RD E QUAL O MOMENTO EM QUE VOCÊS DECIDEM QUE NÃO MAIS CABE A VOCÊS ESSA ASSISTÊNCIA? É POSSÍVEL SE ESTABELEECER ESSE LIMITE?

Marcão: Essa que é a grande questão, como que funcionam essas redes? Eu acho que são vários furos nessa rede, mas é um trabalho que se dá na intervenção face a face nesse trabalho, e a gente identifica a essas demandas, se é uma demanda social e se essa pessoa tem um interesse, porque nada aqui é de cima para baixo, se essa pessoa tem interesse em ser encaminhada para uma demanda social, uma demanda de saúde, uma demanda de tratamento a gente executa, a gente faz essa articulação e, a partir daí, é contar com a potencialidade dessa rede. Chega um dado momento em que a gente se vê nesse limite, nessa impotência, porque gente não consegue abarcar tudo, se você realiza um encaminhamento para uma instituição, por exemplo, como o CAPS AD, a partir daí, resta acreditar na potencialidade que o CAPS tem para dar conta desse encaminhamento.

Acho que, inclusive, essa noção de limites é algo que a gente precisa ter bem claro, a gente não tem nenhuma pretensão de ser “salvador”, a gente “tá” o tempo inteiro num trabalho em favor da vida, em defesa da vida, mas a gente não tem como dar conta de tudo.

O FATO DE VOCÊS ESTAREM VINCULADOS A FACULDADE ABRIU MUITAS PORTAS E DEU UM AUXÍLIO NA HORA DE VOCÊS TRABALHAREM. HOUE

ALGUM LIMITE POR CONTA DESSA INSTITUCIONALIZAÇÃO, POR CONTA DE ESTAREM VINCULADOS A FACULDADE? HOUVE ALGUM MOMENTO EM QUE VOCÊS NÃO PUDERAM FAZER ALGO OU, ENTÃO, FICARAM CENSURADOS POR ESTAREM EM UM PROJETO TÃO INSTITUCIONALIDADE COMO ESSE?

Marcão: O fato de estar na academia foi um grande facilitador, por conta das articulações, por exemplo, você tem uma articulação com o Hospital das Clínicas em que você consegue um ambulatório para atender essa turma, para fazer testagem, para acolher pessoas que eram infectadas. O fato de você conseguir profissionais competentes para participar de cursos, de palestras, de fóruns, esses foram uns dos grandes facilitadores.

Agora, dentro do espaço, aqui é que foi o grande nó, porque se está dentro da Faculdade de Medicina, dentro de uma instituição bicentenária, um local muito fechado, local que sempre foi espaço da Elite e você traz um serviço desse, pra dentro daqui, foi algo fantástico que, eu me arrisco em dizer, não houve em lugar nenhum do mundo, no Brasil eu sei. Você trazer um programa de R.D. para dentro da Universidade, primeiro com Nery, quando ele leva para o departamento, quando ele consegue sensibilizar a congregação desse trabalho, que foi quem deu início a tudo. O professor Antônio Nery foi o grande mentor de tudo isso. E depois o Dr. Tarcísio que consegue trazer para aqui para dentro.

A gente sabe que foi um movimento que começou em santos, em 89, mas começar a trocar seringa, a ir pra rua, com kit, com seringa, trocar, levar seringa nova, recolher seringa usada, isso foi aqui e isso serviu como exemplo para o mundo, o mundo inteiro vinha beber dessa água, vinham em Salvador aprender como que fazia isso.

VOCÊ ACHA QUE A PARTIR DO MOMENTO QUE A R.D. PASSOU A SER CONSIDERADA COMO UMA POLÍTICA PÚBLICA HOUVERAM MUDANÇAS SUBSTANCIAIS OU FOI SOMENTE ALGO NO PAPEL?

Marcão: Eu acho que traz mudanças substanciais porque legitima, passa a ser uma diretriz de cuidado do SUS, hoje está na Lei de Drogas você trabalhar na perspectiva da R.D., traz aspectos importantíssimos, pois passa a ser uma garantia, agora a grande questão são os recursos para a execução desses trabalhos.

A gente é muito bonitinho no papel, mas recursos para que as coisas aconteçam é difícil. A prova disso são os CAPS, o quanto que retiraram dinheiro dos CAPS, o quanto que os CAPS estão agonizando por conta das últimas mudanças que tivemos nessa política, mas eu acho que na medida em que isso vira política, que isso tem legitimidade, acho que isso é um avanço. A R.D. levou um tempo sendo *Underground*, um período de garagem, subterrâneo, de clandestinidade e isso aos poucos veio a se tornar política. Na verdade, tem uma série de expressões, política, abordagem, método, tem uma série de nomes utilizados.

Uma coisa que eu acho importante falar é que para a R.D. passar de uma política médico-sanitária até ganhar status de política teve todo um processo aí, para chegar onde estamos,

inclusive a contribuição dos movimentos sociais, pois teve todo um conceito de multidões, inclusive a ABORDA tem um papel importante nesse conceito, pois consegue articular Universidade, academia, pessoas vivendo com AIDS, usuários de drogas injetáveis, LGT, tem todo um movimento, um conceito de multidões para que a RD possa ganhar um status de política. E a ABORDA tem um papel importante nesse processo, pessoas foram presas, teve toda uma questão até chegar onde estamos, disso poder estar virando ciência, foi alvo de muita luta, mas que corre o risco de retroceder.

A ABORDA É UMA ASSOCIAÇÃO NACIONAL, QUE É UMA REDE DE INFORMAÇÃO E PESQUISA, ALÉM DESSES DOIS PAPÉIS MAIS VOLTADOS PARA A PESQUISA, PARA O ESTUDO, A ABORDA TAMBÉM TEM UMA ATUAÇÃO EMPÍRICA, PRÁTICA?

Marcão: Sim, na verdade a essência da ABORDA, a natureza dela é empírica, é de trabalho de campo, de rua. A ABORDA nasce dessa necessidade de lutar pela dignidade do redutor de danos e das pessoa que usam drogas, aí na medida em que esses 20 anos vão se passando ela começa a ampliar para outras coisas, para estudo, pesquisa, mas a essência da ABORDA é essa, de formar novos redutores, de criar uma rede nacional de redutores e de lutar pela dignidade desses profissionais. É uma associação que luta pelos direitos humanos, essa questão toda da R.D., mas principalmente para a dignidade do trabalho e do redutor de danos, é uma das associações que, inclusive, ao longo desses 20 anos, vem trabalhando no sentido de transformar essa atuação do redutor de danos em uma profissão, essa é uma das pautas.

ESSA PAUTA DE INSTITUCIONALIZAR, PROFISSIONALIZAR A ATUAÇÃO DO REDUTOR DE DANOS É UMA PROPOSTA QUE A GENTE JÁ TEM EM ALGUMAS CIDADES, A GENTE JÁ TEM NO RECIFE, SÃO PAULO, OUTRAS POUCAS CIDADES. SALVADOR ESTÁ COM UM PROJETO PARA SER ENCAMINHADO, MAS AINDA NÃO ESTÁ INSTITUCIONALIZADO. O QUE VOCÊ ACHA DESSA INSTITUCIONALIZAÇÃO?

Marcão: Eu acho interessante, eu sou favorável, mas eu tenho um receio de você deixar muita gente de fora, pelo fato da gente cobrar de pessoas aquilo que a sociedade não deu, aquilo que elas não têm, por exemplo, quando você profissionaliza a questão, você exige uma série de coisas, uma série de critérios para você contemplar essa pessoas que estão na rua fazendo um trabalho duro, na madrugada, no dia-a-dia, nas cenas de uso e que na hora de contratar essas pessoas você terá dificuldades. Por exemplo, critérios como escolaridade, para você contratar, é preciso que haja concurso, seleção, uma série de coisas, você abre para uma série de questões, inclusive quem é acadêmico, universitário, concorrer por essas vagas.

Para contratar um redutor de danos, por exemplo, pode ser possível que você exija segundo grau completo, uma série de coisas que essa turma muitas vezes não tem pra dar, eu acho que

esse é o grande nó, inclusive nos locais em que isso foi institucionalizado esse é o grande nó, exigindo algumas coisas que não deixem essa turma de fora, eu acho que esse é o grande lance

EU VOU LER UMA PASSAGEM DA LEI DE DROGAS (ART. 19, CAPUT, INCISOS IV E V)³²² E GOSTARIA DE SABER SUA OPINIÃO SOBRE ELA. COMO VOCÊ VÊ ESSA AÇÃO CONJUNTA, É UMA AÇÃO QUE DE FATO É CONJUNTA OU ACABA SENDO UMA ATUAÇÃO SETORIAL?

Marcão: Rapaz, esse era o grande sonho, isso chega a ser utópico, porque na prática a gente vê que não é bem assim. Essa, inclusive, é uma perspectiva em que os CAPS atuam, é uma perceptiva mútua, de comunidade, de território, de família, de gestão, de uma série de coisas, mas que a coisa ainda é na pegada de encarceramento, eu acho que isso aqui é utópico ainda, pra caramba, mas como somos ativistas, somos resistentes, a gente acredita nisso aqui. Podemos dizer que tivemos alguns avanços, sim, nessa perspectiva, mas tá muito distante disso aqui (Inciso IV)..

Isso é um sonho, a gente trabalha nessas perspectivas, podemos dizer que avançamos sim, que bom que isso está dentro de uma lei de droga, isso é algo fantástico, a gente que vem de uma época que trocar seringas, falar de R.D., era algo condenável e agora você vê isso na lei, dentro da Lei, isso é fantástico, hoje se fala inclusive em regulamentação das drogas, isso tudo é R.D., isso tudo tá dentro desse contexto (Inciso V).

Eu acho que esse é o nosso dia-a-dia, garantir esse pontos presentes na Lei, nós estamos tendo inúmeros avanços nesse sentido. Quando a gente vê os trabalhos dos CAPS, das ONGS, inclusive com o olhar diferenciado do aparelho do Estado, isso é algo que conquista, mas ainda está muito distante do ideal, isso nosso sonho de consumo, de respeitar essas questões. Quando se fala em questões socioculturais você está levando a droga ao patamar de fenômeno sociocultural e quando isso está em uma lei de drogas, isso é algo muito massa, mas que eu acredito ainda que a saída para tudo isso é a regulamentação e a legalização de todas as drogas, isso está no papel, está escrito, mas ainda prevalece o papel de quem está na hora, de quem prende, do olhar do agente que tá lá na hora.

O QUE É REDUÇÃO DE DANOS PARA VOCÊ?

Marcão: Redução de Danos, para mim, é ajudar o outro a ir ao encontro da sua necessidade e não ao encontro da necessidade de que você acha que ele precise, eu acho que RD para mim é

³²² Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

ajudar o outro a ir ao encontro daquilo que ele precisa. Aquilo que o que ele precisa, vai depender de cada um, vai variar de caso em caso, é algo muito subjetivo, é de cada um. Redução de danos é lição de viver.

VOCÊ ACREDITA QUE A REDUÇÃO DE DANOS É UMA MANEIRA EFICAZ PARA CUIDAR DA SITUAÇÃO DE DROGAS?

Marcão: Claro, a R.D. é um mecanismo eficaz porque promove saúde e cidadania com base no respeito ao direito que o outro tem de fazer o que quiser com o seu corpo, inclusive estados alterados de consciência, porque eu acho que é só nessa pegada, cada um sabe onde dói, cada um sabe a dor e a alegria de ser o que é, então não dá para ser algo fechado, para todo mundo, tem que ser na perspectiva da R.D. porque você vai no caso a caso. Para alguns, a R.D. pode ser abstinência, sim. Pode ser internação, sim. Mas para milhares R.D. são outras coisas.

Acredito que esse é um modelo eficaz, não tem como você fechar um modelo igual para todos, se as pessoas são únicas, são diferentes, não tem como você fechar algo que valha para todo mundo. Para alguns R.D. é música, é arte, é esporte, para outros é substituir uma droga por outra, R.D. é uma série de coisas e que, para mim, se a gente ajuda o outros irem ao encontro dessa necessidade dele, é R.D, na veia, na raíz.



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Marco Raulso C. Silva, portador do CPF: 325.769.195-53, e Cédula de Identidade (RG): 1.730.227-60 SSP-Ba, fui convidado a conceder entrevista ao aluno Arthur Henrique Cerqueira Jobim Soares, estudante de direito da Faculdade Baiana de Direito, para a realização de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “A Efetivação da Política de Redução de Danos: manutenção de garantias mínimas em um contexto de Guerra às Drogas”, cuja orientação é do professor Daniel Nicory do Prado.

A participação consistirá em uma entrevista presencial que será gravada e transcrita, e, caso solicitado, será posteriormente entregue cópia da transcrição. A entrevista consistirá em perguntas referentes à Política de Drogas e à Redução de Danos, que se darão de maneira qualitativa e organizadas no decorrer da entrevista, levando em conta as experiências profissionais e pessoais relevantes ao trabalho, motivo pelo qual CONCORDO com a divulgação do meu nome e do ARD-FC/UFGA no corpo da pesquisa.

A pesquisa tem por objetivo realizar um mapeamento da atuação de atores de Redução de Danos no Brasil, visando obter informações acerca da implementação, estruturação, organização e funcionamento desses grupos, bem como outras informações pertinentes à temática.

Entendo que o estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica e que os dados e informações colhidos na entrevista serão utilizados em favor da pesquisa acima especificada, obedecendo ao que está previsto nas legislações vigentes.

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso do meu nome e depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo a coleta do meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes e **CONCORDO** em participar da pesquisa. O presente termo é revogável e a qualquer momento, por mera manifestação de vontade do entrevistado, o consentimento poderá ser retratado, sem a necessidade de justificação.

Salvador/Ba, 21 de Agosto de 2018.

Assinatura do participante: Marco Raulso C. Silva

Assinatura do Pesquisador: [Assinatura]

APÉNDICE III

ENTREVISTA 03³²³ - MARCELO MAGALHÃES³²⁴**COMO QUE FOI COMEÇAR O PROJETO BALANCE, COMO QUE FOI PENSAR, INSTITUIR E PÔR EM PRÁTICA O PROJETO? VOCÊ TEVE COMO REFERÊNCIA ALGUM PARADIGMA NO QUAL O BALANCE SE BASEOU, OU FOI UMA COISA DE JUNTAR E PENSAR EM UMA SOLUÇÃO PARA A QUESTÃO?**

Marcelo: O Balance começa, inicialmente, como uma metodologia de pesquisa. Eu estava em um doutorado em ciências sociais e para poder dar conta de cumprir com os objetivos da pesquisa, que então era acerca de R.R.D., ou naquele momento, de Danos especificamente, para o uso de drogas em contextos festivos, ou, o que naquele momento já se entendia, nas referências internacionais, como *Party Drugs*, e aí, no final das contas, o Balance começa como uma metodologia que num livro de metodologia você encontra a expressão “pesquisa-ação participante”, então, essa pesquisa-ação participante foi um dos métodos que a pesquisa se valeu exatamente para poder, de alguma forma, coletar dados sobre os modos de uso, os riscos e possíveis danos associados a esses modos de uso nesse contexto, ou associado a esse contexto. E, como faz parte dessa metodologia, de que você propõe a uma comunidade, a um grupo, a um conjunto de pessoas, que elas possam se reunir e pensar, não só pensar, mas também pensar com vistas a agir em relação a uma situação, ou a um fenômeno, ou a uma questão, que no caso era a questão do uso de álcool e outras drogas. Por exemplo, na primeira vez eu tinha uma pesquisa para dar conta e para poder executar essa pesquisa era necessário conhecer pessoas que passavam por situações as quais eu estava tentando compreender. Então, a partir daí, se constitui um grupo de pessoas.

Essa não era a única metodologia da pesquisa, essa metodologia de pesquisa-ação participante anda junto com entrevistas, depois andou junto com etnografia sobre as festas e os modos de uso, mas o que vai ter o Balance como produto é essa metodologia que tá então nesse contexto maior de uma pesquisa que tem outros métodos e outras técnicas.

A partir de 2006, depois que eu já tinha feito várias incursões etnográficas pelas festas em Salvador, por alguns festivais também, em outros estados, começa a ter esse grupo de pessoas compostos não só pelo pesquisador, que era eu, mas por outras pessoas, pessoas que eram artistas plásticos, que eram estudantes de ciências sociais, estudantes de medicina, mas que tinham em comum serem pessoas que frequentavam festas de música eletrônica em Salvador, e também no circuito dessa música eletrônica porque acabava que tinha a ver algumas festas dessa música eletrônica (Trance), e então essa metodologia deve gerar um produto que é um

³²³ Entrevista realizada em 17/10/2018 com Marcelo Magalhães Andrade na Faculdade de Psicologia da UFBA em Salvador/Ba.

³²⁴ Marcelo Magalhães Andrade é graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, Mestre e Doutor em ciências sociais também pela UFBA, Ex Conselheiro-suplente do CONAD (Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas) do Ministério de Justiça e Membro-fundador do Coletivo Balance de Redução de Danos . Currículo lattes disponível em:<<http://lattes.cnpq.br/0919479930803972>>.

produto desse grupo, e não do especialista ou do pesquisador. Essa metodologia faz com que você não tenha hierarquização, nem um privilégio dos saberes acadêmicos, científicos, em detrimento dos saberes práticos (dos saberes que as pessoas têm a partir das experiências que elas têm daquilo que a gente tá pesquisando) e, a partir de 2006, essas pessoas que tinham esse conhecimento a partir das experiências delas e da curiosidade e de pesquisas não oficiais, não acadêmicas, que essas pessoas faziam sobre as substâncias que elas usavam, e isso a gente chama nas referências de psiconautas (acho que é do Johnatan Walt essa expressão), então são pessoas que usam determinadas substâncias, mas que elas refletem, elas pensam sobre as experiências que elas têm a partir das experiências com que elas se envolvem com substâncias psicoativas. Essas pessoas, então, começaram a usar essas experiências e nas trocas também, no intercâmbio, com pessoas que faziam cursos, universitários, e comigo que era pesquisador, que compartilhava um conhecimento sobre substâncias psicoativas, e a síntese disso vai dar no que a gente chama de Coletivo Balance de Redução de Danos, inicialmente, depois mudou o nome para Coletivo Balance de Prevenção de Riscos e Danos.

Começa, fundamentalmente assim, com essa coisa de pesquisa-ação participante, então a partir disso essas pessoas começaram a se reunir para poder pensar como era a questão desses riscos, a partir das experiências delas, tem a ver também como começou porque a linha de base, ou experiências anteriores, porque você já tinha alguns coletivos, ou de grupos, no hemisfério norte, tanto nos EUA, o MAPS (*Multidisciplinary Association Psychedelic Studies*), como também tinham vários grupos no hemisfério norte na Europa, como o Energy Control, na Espanha, o “*Technopli*”, na França, o Check In, e eu acho que já existia na época em Portugal. Já existia então uma tendência reconhecida por essa perspectiva socioantropológica das drogas, de que quando você tem abordagens, controles que são horizontais, eles são mais eficazes do que os controles verticais. Então, que teria uma potência maior você desenvolver ações ou intervenções que são feitas de pares para pares e não de ímpares para pares.

No Brasil já tinha acontecido o projeto em São Paulo “Balada Boa”, que fazia uma pesquisa sobre ecstasy, mas que trabalhava com informações somente, não trabalhava dentro das festas. Essa primeira chamada desse grupo do Balance, então, foi um convite informal, para que pessoas que eram produtores, Djs, Vjs, pessoas que trabalhavam nesses tipos de festas, que essas pessoas se reunissem para pensar nisso.

Automaticamente, como essas pessoas também produziam algumas festas, a gente começou a fazer ações em festas aqui em Salvador, a primeira vez foi em uma festa Aurora em 2006. Teve uma que a gente chama de “projeto piloto”, que não tinha esse “caldo” dessa galera ainda, mas a primeira vez que eu fui trabalhar em festa, por exemplo, foi no Goiás, num festival chamado *TranceFormation*, um festival no Carnaval de 2006, e aí eles faziam tipo um edital de chamada de projetos, e aí nesse festival, como já estava definido que a pesquisa ia ser sobre essas drogas de festa, essa coisa de Redução de Danos, mas não estava definido essa coisa da pesquisa-ação participante, eu submeti um projeto, ajudado pelo meu orientador e o secretário dele (que era o Sérgio Vital na época), e a gente foi pela primeira vez trabalhar numa festa, aí fomos eu e mais dois estudantes, que eram tipo estagiários, eram alunos meus na época, que frequentavam as festas. A gente foi para o festival, lá no festival a gente encontrou pessoas que produziam festas aqui, aí na volta a gente chama essa reunião e começa a fazer ações aqui em Salvador, mais

especificamente nas festas da Soononmoon. Então, depois as pessoas começam a se reunir, tem essa primeira ação na Aurora de 2006.

Esse festival de 2006 tinha esse projeto CircuLou, que era coordenado pela “Quick”, era o mesmo projeto que trabalhava no Universo Paralelo, aí nesse primeiro ano do mesmo jeito que a gente mandou o projeto para o *TranceFormation*, mas ainda não tinha o nome Balance, a gente mandou para eles, já com uma equipe, já também com a primeira campanha. A gente faz a primeira campanha de R.D., que é o negócio da Goiaba que é baseado de uma campanha da mesma época do Energy Control que falava exatamente assim “se você não sabe o que você tá tomando então você toma só metade, se você for tomar alguma coisa” (era uma campanha para ecstasy, porque naquela época não se tinha tanto a onda de cristal de M.D., então a forma de acesso ao MDMA era nesse formato de pílulas, que lá eles chamam de pastilhas). Tinha essa campanha do Energy Control, “você toma metade, então”, mas só que era bem espanhola, bem europeia, tinha uma pílula e vinham essas informações.

Quando a gente começou a trocar ideia com o pessoal já tinha surgido o nome Balance, já tinha tido esse convite para essas pessoas, essas pessoas já haviam se reunido para conversar como era a questão das drogas para elas e tal, e eu fazendo uma etnografia, conhecendo essas pessoas, convivendo com essas pessoas que eu não conhecia, que eram sujeitos da pesquisa.

Lá para as tantas então, em 2005, surge esse nome Balance (o nome surge de uma semiótica complexa, diversa, porque “balance” em português é balance que tem a ver com música e ao mesmo tempo em inglês é equilíbrio, como que você pode – que é uma coisa que remonta aos gregos, cuidar de si, a questão é a temperança, como você faz as coisas, aí pegou esse nome). A autoria imagética da campanha visual do Balance, inicialmente é do Difino (que é esse Dj que fazia programações gráficas), programador de programação gráfica. Essas “ideiazinhas” que a gente faz uma goiaba só brasileiro que entende. Bicho de goiaba. Você não deve morder a goiaba de cara. Você não sabe o que está tomando. Pode ter uma minhoca, que tem adulteração e que elas podem ser deletérias de saúde.

Aí nasce nessas duas primeiras campanhas da gente (o nome e a associação do Ecstasy com a goiaba). Aí a potência disso tudo, de ter começado bem, que é inevitável uma eficácia absoluta com a questão da mídia e do acesso ao público alvo, porque na verdade você não precisava pagar alguém para entender como são essas pessoas. Eu não estava ali de especialista, centralizando o saber poder, para estudar as pessoas e depois bolar a campanha. Tem essa coisa que cruza com essa metodologia de pesquisa-ação participante que de cara já trabalha com a questão do empoderamento do sujeito do sujeito problematizar o uso dele e por aí já vai. Então isso daí é uma resposta de como é que começou.

EU FALO QUE GRANDE PARTE DO SUCESSO DE TERMOS UMA REDUÇÃO DE DANOS TÃO PRESENTE FOI A EXPERIÊNCIA DO CETAD. VOCÊS TINHAM UM CERTO VÍNCULO COM O CETAD. NESSE SENTIDO, NERY DIZ QUE POR SE ESTAR DENTRO DA UNIVERSIDADE SE TEM UMA PROTEÇÃO MUITO MAIOR. O “PÚBLICO” DO BALANCE, POR SER UM PÚBLICO DE RAVE, TAMBÉM É UM PÚBLICO MAIS “ABERTO” ÀS PROPOSTAS DE R.D.?

Marcelo: Tem uma coisa, quando você fala assim, “meu público”... Eu entendo as aspas, mas um aprendizado desse tempo, que não é um tempo pouco, porque são raras as experiências que duram 10 anos. Então esse público em 2006 era um, por exemplo, aí depois você vê como você direciona sua pergunta como se fosse um público só, mas o público não é o mesmo. Você pode dizer que o público que frequenta o Universo Paralelo é um público X, mas não é o mesmo público que frequenta o festival por 10 anos.

Lógico que naquele momento e em vários momentos, o papel do CETAD ser da Universidade, e também da posição histórica de Dr. Nery nesse universo todo deu uma garantia de que por exemplo São Paulo não teve. O projeto “Balada Boa” já existia quando eu comecei a fazer a pesquisa, a Stella Moraes, se não me engano, estava na USP fazendo essa pesquisa sobre ecstasy. Depois teve a parada gay, ela foi fazer o panfleto de redução de danos para uso de ecstasy, na parada gay, o projeto dela, que era um projeto de doutorado, tanto quanto o meu, mas o dela era em Psicologia, o meu era em Ciências Sociais, em Antropologia, e o M.P. então chamou Stella para prestar esclarecimento e o financiamento da pesquisa dela acho que foi suspenso naquele momento. Ela foi chamada a prestar esclarecimentos na polícia, então essa história da redução de danos na Bahia, que não é só a racionalidade, assim, não é uma racionalidade puramente republicana, no sentido de que não seria para todos, mas então tinha a pessoa histórica de Dr. Nery, e tinha também essa coisa da vanguarda na UFBA, porque em se tratando de contracultura, porque se você for ver, a própria regência da UFBA, com o professor Edgard Santos, é o auge da contracultura, em 1968. Você dá uma olhada nisso, você está nesse conjunto de elementos que são contracultura, de você tipo ultrapassar determinadas perspectivas morais e você focar mais na questão da humanidade.

Então com certeza foi importante, quer dizer, na Universidade eu já tava, mas uma coisa é você fazer um projeto desse tipo por um programa de pós-graduação, mas aí de fato teve essa convergência. Dr. Nery, especificamente, que tava na direção do CETAD naquele momento e meu orientador que fazia parte do CETAD, mas o CETAD deu essa legitimidade institucional, que sem essa legitimidade institucional, a gente não teria, tipo assim, ter a tranquilidade da gente fazer o que conseguiu fazer nesse tempo.

Mas mesmo assim sempre foi uma preocupação nossa, porque tipo, o Balance também não foi institucionalizado, ele teve esse abrigo no CETAD, mas nunca virou ONG, ou isso e aquilo. Ele é um projeto autônomo. Por conta disso também, por exemplo, os usuários que formam o Balance, se valendo da autonomia deles, por exemplo, nunca vendeu serviço, mas a gente então começou a trabalhar com essas testagens colorimétricas que tem os riscos, que a gente até trabalhou esses riscos desses testes que a gente fez para a última campanha do Universo Paralelo. Mas, de fato, têm algumas práticas do Balance, que o CETAD não tem condições de chancelar, de acolhimento de apoio, com certeza, para campanhas que são perfeitas e que são corretas, mas que tipo na questão do bioteste, por exemplo, aí uma instituição como o CETAD e mesmo como a Universidade, nesses moldes. Uma Universidade só poderia abraçar uma iniciativa de testagem se fosse feita em farmácia, se fosse feito com o equipamento tecnicamente perfeito, então, quer dizer, o Balance é mais do que isso, por que se não ele nem teria tomado essa dimensão que tomou.

VOCÊ FALOU QUE VOCÊS TRABALHARAM EM UM FESTIVAL NO CARNAVAL DO GOIÁS, HÁ MUITO TEMPO E É UMA COISA QUE NÃO É VISTA MUITO AQUI (EM SALVADOR). SALVADOR TEM A MAIOR FESTA POPULAR DO MUNDO, QUE TEM MUITO USO DE DROGAS (PRINCIPALMENTE DE ABUSO DE ÁLCOOL) E NÃO SÃO FEITAS MUITAS AÇÕES DE R.D. NESSE SENTIDO. O QUE SE PERCEBE É UMA PREDOMINÂNCIA DE POSTOS MÉDICOS QUE NORMALMENTE REALIZAM UMA ABORDAGEM “FARMACÊUTICA”. NÃO HÁ MUITO ESSA COISA DE TRATAMENTOS PAUTADOS NA R.D. POR QUE VOCÊ ACHA QUE, ESTANDO NA BAHIA, E DIANTE DE UMA FESTA COM USO INTENSIVO DE DROGAS POR UM PERÍODO TÃO EXTENSO A R.D. NÃO SE FAZ TÃO PRESENTE NESSE EVENTO?

Marcelo: Eu acho que, em termos de festa, a Bahia sabe fazer festa e sabe cuidar bem da festa. Então, eu acho, assim, no campo da saúde a gente divide em saúde primária, secundária e terciária, a gente tem promoção e prevenção (atenção primária), que é quando as coisas não aconteceram ainda, ou, então, quando uma coisa aconteceu, mas você tem que fazer uma campanha para atenuar, ou então gerenciar coisas que aconteceram, que é no campo do antes do processo ter iniciado, dos riscos, porque quando você fala de riscos o dano não aconteceu ainda, mas só que às vezes os danos convivem com os riscos ou, então, os danos aumentam os riscos, tem uma lógica aí.

Eu acho que Salvador, se você for pensar, é muito boa nessa atenção que não é a atenção primária, por exemplo, Salvador, tem um esquema que eu acho invejável de gerenciamento dos danos depois que eles acontecem, então, durante o Carnaval, você tem um esquema que se você tá no circuito de Carnaval e acontece alguma coisa com você em 15 minutos pode estar no HGE, isso é rápido para o tanto de gente.

Salvador tem uma boa atenção secundária e terciária, para manejar as coisas que acontecem, mas, com certeza, não tem uma boa redução dos riscos, mas se você me perguntar, tem que ter, ok, mas agora, eu, por exemplo, depois desses 10 anos, acho que gerenciar algumas questões que acontecem durante os eventos é o que tem que ser feito, mas ficar soltando panfleto dizendo os riscos durante a festa, eu acho que já tá tarde, mas a gente fez isso no início. Há 10 anos, a gente ia no UP e tinha gente que ficava e ia ver a parte de cultura, 10 anos depois ou as pessoas estão enlouquecendo ou estão dormindo, então quando você me pergunta isso, depende do que você tenha na cabeça de que seja uma intervenção de Redução de Danos que não seria redução de Riscos, porque Salvador é muito boa em redução de danos, mas é uma linha muito fina entre o que é redução de danos e o que é de riscos. Salvador não tem uma redução de riscos, e eu nem sei se tem condições de ter, porque quem banca o carnaval é a indústria do álcool, que é a droga que produz mais riscos e mais danos, então acho que tem que ter, se você me fizesse essa pergunta.

Já foi feito isso, o próprio Dr. Nery acho que já movimentou pessoas em algumas situações de carnaval, em algumas festas, principalmente que ele já trabalhava com a questão do risco de álcool e trânsito, mas, tipo assim, você já tá na balada, você já encheu a cara ou vai encher, vai adiantar o panfleto? Para 0,02% sim, mas para o resto já foi, então acho que tem que fazer a

redução de riscos que vai evitar mais danos, mas de redução de danos pode melhorar, mas não vejo as pessoas, durante o Carnaval, desassistidas. Se você for ver o circuito Barra-Ondina e o circuito do Centro e procurar os postos de saúde, as ambulâncias e a logística de como vai levar o sujeito ao hospital é tudo perfeito, e até perto, a questão é só você deslocar, chegar no meio, resgatar a pessoa e levar para o que tem que fazer, então isso não é ruim não, ao contrário, se você for ver o pessoal que faz essas ações em outros países você vai perceber.

É até uma questão de saúde, né, se você juntar X pessoas, durante X tempo vai dar merda, o risco de alguém quebrar o pé, pode ter a ver com droga ou não, mas você vai ter danos à saúde, você vai ter situações que as pessoas vão precisar serem assistidas, é certo como que 2 + 2 são quatro, a questão é que cada contexto vai ter riscos distintos, a droga é mais um desses riscos, mas além de drogas você tem a conduta sexual, além da conduta sexual você tem a questão física, se tiver um buraco na rua, tema questão de violência, se a pessoa toma uma porrada...

PARA TRABALHAR NUM LUGAR COM 15-20 MIL PESSOAS, TEM QUE TER UMA LOGÍSTICA DE COMUNICAÇÃO COM A PRODUÇÃO DA FESTA E COM A EQUIPE MÉDICA DO LOCAL. NESSE SENTIDO, ATÉ ONDE VOCÊS TRABALHAM, ATÉ ONDE VOCÊS FAZEM A REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS E QUAL O MARCO PROPULSOR PARA AQUELE SUJEITO NÃO MAIS SER ASSISTIDO POR VOCÊS E IR PARA UM OUTRO GERENCIAMENTO ESPECÍFICO?

Marcelo: A gente foi aprendendo, porque a gente tava começando, fazendo uma coisa que não existia. Então quando a gente começou no UP 2006/07, que foi o primeiro festival do Balance, eu já tinha ido trabalhar em outros festivais, como no *TranceFormation* e no “Fora do Tempo?”, mas foi o *TranceFormation* a primeira vez que eu vi um posto de saúde com médico, com equipamento, com ambulância numa festa, eu nunca tinha visto isso. Então, nesse primeiro Universo Paralelo, que era um festival maior do que os outros que eu já tinha estado, e aí a gente já estava com um grupo de pessoas que se identificam com esse significant Balance, com pessoas que se identificavam com essa perspectiva horizontal, com gente que estudava medicina, direito, psicologia, então, na organização da festa a gente tinha reparado uma coisa que a gente chamava de “círculo de cura” que era onde se fazia massagem, terapias alternativas e tal e tal. Tinha uma coisa que era da minha formação, que já era psicólogo, e tinha uma coisa que já sabia que tinha que ter, por causa das experiências etnográficas, que tinha que ter esse fluxo entre quem tá cuidado da *Bad Trip* de alguém e do posto médico que tem nesse mesmo lugar, aí nesse ano a gente chegou, começou a montar o espaço da gente no UP nesse círculo de cura, daí eu fui lá na produção, fui lá no posto de saúde, “olha a gente é um projeto assim, a gente já usava o nome da Universidade, do CETAD, nessa produção e a gente quer ajudar vocês, a gente quer trabalhar com vocês”. Tinha um espaço dentro desse posto médico, que era gerenciado por uma enfermeira, com médicos plantonistas durante 24 horas, tinha uma espaço lá que eles não usavam para nada, quer dizer, naquela edição eles tinham poucos leitos (2 ou 3), para monitorar os sujeitos, deixar eles no soro, etc. Se chegasse alguém essa pessoa tinha que sair e ia para esse outro lugar vazio. A gente já tinha entendido, até porque o Balance

é composto por usuários, que quando a pessoa tá numa crise, quando ela tem uma *Bad Trip* associada ao uso dessas substâncias, especificamente o LSD ou, eventualmente, até o MDMA associado com outras substâncias, de que mesmo que você seja medicado, que você passe pelo procedimento médico, até a medicação, eventualmente se faz, até a medicação fazer efeito o sujeito não desliga automaticamente. Então a gente começou a trazer, naquele momento, uma oferta de uma abordagem que a gente já vivia no MAPS, nessa época já tinha um “vídeozinho” que era interessante (How to Deal With a Friend having a Bad Trip), que era um vídeo bem didático mostrando o que fazer quando o seu amigo tiver uma *Bad Trip*, eu já tinha formação como psicólogo, psicanalista e tal, então nesse aspecto aí, e outras experiências dos próprios usuários, a partir desse ano, a gente começou a construir uma relação com essa equipe desse posto de saúde, uma relação mesmo, porque essa equipe desse posto de saúde, desde o primeiro ano, até este último ano (ano que eu decretei minha aposentadoria trabalhando no campo), é a mesma enfermeira que gerencia o posto e, então, mudam alguns profissionais, mas é como se a gente voltasse ao mesmo posto de saúde para poder se relacionar com uma equipe que algumas pessoas são as mesmas e outras mudavam, então essa coisa, até mesmo porque a gente tava começando as pessoas não sabiam o que era aquilo, nem a gente mesmo sabia o que era, as pessoas desconfiavam, esse povo no meio da rave, no meio do festival, falando que vão ficar aqui, conversando com as pessoas, mas a gente tinha o nome da Universidade, tinha o nome da pesquisa, e a cada ano a gente foi crescendo o *background*, as experiências, as coisas que a gente fazia nesse sentido.

No primeiro ano, com certeza, eu acho que povo achava que a gente ajudava um pouco, mas atrapalhava, e, nessa época, a gente ia de galera, a gente não tinha muita escala, então a gente ficava muito junto, a gente ficava no posto, vários tempos e ficava cuidando das pessoas surtadas, usando uma coisa que a gente entende como uma tecnologia leve, então a gente tentava negociar medicação, tinha gente que ficava surtada dois dias e a equipe da gente mudando de plantão, trocando, o pessoal do posto querendo botar para fora da festa.

Enfim, a partir de um ano o UP passou a ser bianual e, a cada ano que passava, o pessoal começou a achar que a gente era legal, até porque a gente começou a desafogar a demanda que essas pessoas apresentavam à equipe do posto, porque na abordagem biomédica o sujeito chega, leva para a triagem, é feita a medicação e depois senta lá e deixa a gente em paz que a gente já fez o que tinha que fazer, só que não é bem assim, nessa onda, cada ano que passava eu acho que a gente foi ganhando um respeito e o reconhecimento dessas pessoas, não só das equipes, mas também das pessoas (assistidas) depois, e isso é lindo. Esse último ano mesmo, tava todo mundo estressado com produção, etc, e aí chega um menino de manhã, no último dia, com uma cesta de frutas, ele “eu vim trazer para tomar café da manhã com vocês, para agradecer a vocês, porque porra, sem vocês o que seria de mim”, e isso a cada ano, de outros anos, aumenta.

Então tem isso que foi tendo esse *feedback* das pessoas que tinham esse benefício dessa abordagem, que aí é outra coisa que a gente não chama de redução de danos, é uma redução, mas quando já teve um dano. Se algumas pessoas tivessem lido as campanhas, elas talvez não precisassem ter sido atendidas por a gente, mas o fato de que você sabe, tipo essa conta da saúde coletiva, 20 mil pessoas, 7 dias, privação alimentar, eventualmente, privação de sono, álcool, outras drogas, você conta no relógio que vai aparecer alguém numa bad.

Então isso foi crescendo de ano em ano. Quando o UP passou a ser bianual, teve um festival, 303, lá no extremo sul da Bahia, que chamou a gente para trabalhar e, pela primeira vez, nos ofereceram uma remuneração, até o 303 isso tudo era voluntário, tantas pessoas que trabalhavam no *Infostand*, então, era possível naquele momento você durante o dia, as pessoas passavam, dando um rolé, as pessoas conversavam, trocavam uma ideia, falavam disso e daquilo, tinha essa programação cultural também dos workshops, nossas palestras também que a gente sempre fez e aí a gente teve esse *feedback*, teve esse reconhecimento também, dos próprios produtores. Mas nesse festival também já era difícil essa sua pergunta (interação do Balance com a equipe médica), porque nesse festival como a equipe não era a daquele posto (da UP) a gente não tinha o reconhecimento, apesar da gente já ter o reconhecimento do pessoal que sabe do nosso sucesso no UP, já não tinha a cumplicidade da equipe, que fazia julgamento moral, o sujeito lá numa crise psíquica, que a gente chama de *Bad Trip*, numa situação psiquiátrica de urgência e emergência e o auxiliar de emergência dizendo assim “ah, quem manda, fica tomando essas drogas e aí dá nisso”, quando a gente trabalha sem julgamento, com o princípio de que se a pessoa tá passando por um problema ela precisa ser atendida, acolhida com o que a gente pode ajudar ela.

Então, nesse sentido, é isso, nessa história, daí o Balance foi reconfigurando essa composição desse grupo inicial dele, várias pessoas foram formando, várias foram para outras cidades, pessoas abriram outros projetos ou outros Balances (um menino que trabalhava com a gente, o Rafael Baquit tava fazendo medicina e depois ele volta para o Ceará, Fortaleza, e começa um coletivo chamado Balance/CE).

Essa resposta é complexa, cada contexto que a gente trabalhou nesse tempo é uma resposta, com o UP, especificamente, é processual. Tem esse dado da 303 que a gente volta para a próxima edição do UP e passa a ter essa diferença, quem trabalha nos *Infostands* não tem remuneração, tem só a ajuda de custo e o pagamento das despesas para estar lá, mas são pessoas que trabalham 3 plantões de 8 horas, no máximo, o festival todo e essas pessoas que trabalham com as *Bads*, na parte clínica, de saúde, assim, mas que não é saúde, antes do negócio acontecer, que é o gerenciamento antes dos danos acontecerem, começou a ter essa remuneração. Então, a cada ano as coisas foram, de certa forma, melhorando, mas sempre tem coisas que são difíceis para a gente.

Atualmente, a gente parou de trabalhar em festa em Salvador. Eu já tive vontade de meter a mão no botão e resetar, e eu acho que é a coisa mais saudável nisso, porque, eu nunca quis, e como eu tenho direito de autoria, em parte, eu sempre vou vetar essa coisa, porque assim, a graça disso foi, apesar de ter coisa acadêmica, por essa metodologia de pesquisa-ação participante ela é revolucionária por isso, daí se você coloca um CNPJ, para mim, não é mais isso, então a gente retoma uma segunda onda da R.D. internacional que é a dos “*Jackbombers*”, que é o saber dos usuários e a autonomia dos usuários ela é coisa fundamental, então isso não tem nada a ver com o projeto de lei, que eu acho que é uma outra onda, talvez eu seja purista ou talvez seja a minha escolha de redução de danos em dizer que é uma deturpação você criar uma função com CBO de Redutor de Danos, porque eu sou dessa geração dos “*Jackbonders*” que você tem que dar autonomia para o usuário, não é para um especialista, o especialista pode vir com o conhecimento dele e ajudar os usuários, mas se eu fico tutelando os usuários, ou então eu digo que sou eu quem tem o saber e o poder e aí agora eu vou ensinar como é um redutor de

danos. É inevitável que isso possa acontecer, que isso aconteça em algum momento, mas isso é uma estatização, isso é colocar uma chapa branca nessa coisa que começou como uma potência, pensada na autonomia dessas pessoas, da luta pela liberdade, bem como pelos direitos à saúde com as diferenças, sem julgamento, sem preconceito.

Então a gente não trabalha mais em festa, a partir de um determinado momento a gente começou a estabelecer critério, a gente não vai sentido, depois que a gente começou a trabalhar no UP, que a gente fosse para uma festa trabalhar que não tivesse ambulância, que não tivesse médico, porque a gente estaria sendo conivente, seria uma irresponsabilidade, a gente estaria se arriscando e tentando abarcar papéis que não cabem nem ao usuário se valendo da autonomia dele, nem a gente.

Em suma, não tem um jeito certo de operar, mas tem questões que hoje a gente não abriria mão, não tem como fazer sem. Tem também alguns produtores de festa que não problematizam isso porque não querem saber isso. Eu distribuía panfletos antes, hoje em dia, com a mente que as pessoas vão para as festas, isso não adianta, a pessoa só tá indo lá para se enlouquecer.

[LEITURA DO ARTIGO 9º, CAPUT E PARÁGRAFO PRIMEIRO DA PORTARIA 1.028/05]³²⁵

O BALANCE SEMPRE TRABALHOU EM LOCAIS COM MUITA EXPOSIÇÃO À RISCOS E DANOS, E, COM CERTEZA, COM MUITOS CASOS DE CRISES CAUSADOS POR SPAS. NESSE SENTIDO, QUAL O LIMITE DE RESPEITO À LIBERDADE DE DECISÃO DAQUELE SUJEITO QUANDO EM MUITOS CASOS AQUELA PESSOA NEM TEM CONDIÇÕES DE TOMAR UMA DECISÃO?

Marcelo: O limite de liberdade, tem uma frase linda do Ilha das Flores que diz que “a liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta, que não há ninguém que explique e ninguém que não entenda”. A liberdade é difícil nesse sentido, mas ela teria que ser radical, a liberdade é uma coisa que é negociada em qualquer norma jurídica, mas tem uma coisa que transcende, ou então tá como plano de fundo dessa problematização da liberdade, que é “o que é o ser humano?” , porque a gente fala que a liberdade é do ser humano que tem uma consciência, então liberdade é que nem amor, amor se você ama, você ama alguém, a liberdade só pode acontecer para um ser humano que tem consciência, porque se não ele é livre e nem sabe que é livre, ele nem tem uma questão quanto a liberdade ele. Eu sou psicólogo de graduação e professor de psicologia, tenho e um trânsito em vários saberes da psicologia, sempre estudei vários fenômenos, objetos, então os saberes psicológicos que eu tinha e que eu tenho, eu acabava usando para compreender melhor esses fenômenos e esses objetos que eu tava estudando.

³²⁵ Art. 9º Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

§ 1º Em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais, sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento.

Quando eu comecei a pensar esse negócio de R.D. eu não tinha uma compreensão que eu vim ter depois, que, aí, já era uma concatenação que eu tinha com os usuários e com o que eu estava estudando sobre R.D., e a minha morada epistêmica inicial que é psicologia. Na psicologia tem duas teorias que são meio que divergente em vários pontos, são de princípios de conhecimentos bem diferentes e contraditórios. Mas, às vezes tem umas coisas em que elas coincidem. Uma é a teoria psicanalítica, criada por Freud, e a outra é da linha comportamental, behaviorista, ou cognitivas comportamentais (tem umas distinções dentre essas variações delas), mas pra psicanálise, a compreensão que se tem do ser humano, é impossível, mesmo que você queira mudar uma coisa da sua vida, mesmo se valendo do gozo das suas faculdades mentais e da sua liberdade, mesmo que você diga para si mesmo que você queira radicalmente mudar, a psicanálise vai entender o ser humano pode até fazer uma mudança radical, e que não vai ter repetição. Por exemplo, a pessoa diz que quer parar de usar drogas e para de uma hora para outra, isso é raríssimo de acontecer, é possível, um psicanalista pode te ajudar a mudar muita coisa, ele pode se dispor a mudar isso, mas para você mudar uma coisa em você a psicanálise acredita que você tem que repetir o que você quer mudar porque é na repetição que você vai se cansando de si mesmo, para você mudar você tem que repetir, mesmo que você se auto-determine, isso faz com que a gente se encontre com esse princípio, a pessoa partindo desse de R.D. não é que ela seja contra que a pessoa fique em abstinência, pode ser a favor, a diferença é que se você comunga com essa compreensão do ser humano que a psicanálise tem, você não vai punir ninguém porque a pessoa vai repetir, assim como também para o *skinner*, o behaviorista, você pode, vide aquele experimento lá de Laranja Mecânica, você pode fazer uma experiência em que você tira o comportamento de uma pessoa, mas parte do que na psicologia se chama de extinção de comportamento, além de ter complicações éticas e políticas terríveis, o que o filme Laranja Mecânica mostra é que para que você mude um comportamento seu, essa outra teoria diz que você tem que repetir.

Então, no final das contas, para mim a R.D. é uma questão humanitária de você acolher de que, até na lei, isso é interessante, no suicídio, no discurso moral do suicídio as facções religiosas não permitiam nem que o suicida fosse enterrado no solo sagrado, porque havia um a punição a essa pessoa e a sua família porque esse sujeito teria ido contra o princípio máximo, que é a vida, quando as pessoas tentam suicídio e vão ser atendidas nas emergências, elas vão ser discriminadas, é só você conversar com as pessoas que fizeram isso, tem estudos sobre isso também.

Aonde eu quero chegar é que, primeiro, nem toda a relação com substâncias causa mortes, as pessoas podem até ter experiências bem importantes para a existência delas, e pesquisas já foram feitas com isso antes do proibicionismo, então, para mim, a questão da RD que é dessa questão de você poder ter liberdade de desenvolver estratégias que você não julga e que você acolhe, mesmo que seja para parar com o consumo de drogas.

Na hipótese da crise, então, não é Redução de Risco, isso a gente chama de atendimento de urgência e emergência, nesses contextos que a gente trabalha, se a gente tá com o sujeito ele já passou pela avaliação médica, e essa já fez uma triagem, já passou por um acompanhamento médico, então (juridicamente) se ela estiver com um acompanhante o acompanhante arbitra por ela, na falta de um acompanhante e na falta da pessoa responder por ela própria aí você entra, não sei como fica juridicamente, a responsabilidade é de quem está gerenciando os cuidados,

então é uma questão oficial, já passou por um médico, é o que a gente chama de tecnologias leves, as técnicas não invasivas. Via de regra, são raros os casos no UP em que as pessoas estão sem acompanhante nenhum, acontece, mas é raro.



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Francisco de Aguiar D. Soares, portador do CPF: 62552490506, e Cédula de Identidade (RG): 0429451431, fui convidado a conceder entrevista ao aluno

Arthur Henrique Cerqueira Jobim Soares, estudante de direito da Faculdade Baiana de Direito, para a realização de Trabalho de Conclusão de Concurso intitulado "A Efetivação da Política de Redução de Danos: manutenção de garantias mínimas em um contexto de Guerra às Drogas", cuja orientação é do professor Daniel Nicory do Prado.

A participação consistirá em uma entrevista presencial que será gravada e transcrita, e, caso solicitado, será posteriormente entregue cópia da transcrição. A entrevista consistirá em perguntas referentes à Política de Drogas e à Redução de Danos, que se darão de maneira qualitativa e organizadas no decorrer da entrevista, levando em conta as experiências profissionais e pessoais relevantes ao trabalho, motivo pelo qual **CONCORDO** com a divulgação do meu nome e do P. Jobim Soares no corpo da pesquisa.

A pesquisa tem por objetivo realizar um mapeamento da atuação de atores de Redução de Danos no Brasil, visando obter informações acerca da implementação, estruturação, organização e funcionamento desses grupos, bem como outras informações pertinentes à temática.

Entendo que o estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica e que os dados e informações colhidos na entrevista serão utilizados em favor da pesquisa acima especificada, obedecendo ao que está previsto nas legislações vigentes.

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso do meu nome e depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo a coleta do meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes e **CONCORDO** em participar da pesquisa. O presente termo é revogável e a qualquer momento, por mera manifestação de vontade do entrevistado, o consentimento poderá ser retratado, sem a necessidade de justificação.

Salvador/Ba, 17 de julho de 2018.

Assinatura do participante: Francisco de Aguiar D. Soares

Assinatura do Pesquisador: [Assinatura]

APÊNDICE IV

ENTREVISTA 04³²⁶ - IAGO RODRIGUES³²⁷

HÁ UM CONSENSO NA FORMA COMO A PSICOLOGIA ENTENDE O FENÔMENO DE DROGAS, O ESTUDO, E A RELAÇÃO ENTRE O USO DE DROGAS E SOCIEDADE?

Iago: Não, não existe um consenso. Quem estuda drogas dentro da psicologia, quem vai se especificar neste estudo, tem de ser uma “galera” de um entendimento mais social, da psicologia social, ou então da psicanálise, a partir dos estudos da toxicomania, que é bem inaugurado a partir do estudo de Nery e de Olievenstein. Nesse campo das toxicomanias existe um certo senso, dentro da psicanálise existem alguns entendimentos de consenso. Mas não é absoluta, nas psicologias sociais partem de pressupostos diferentes existem diferentes linhas de estudo de uso de drogas dentro da psicologia. A toxicomania por exemplo, vai tentar entender o que leva um sujeito a toxicomania, a psicogênese da toxicomania, enquanto a psicologia social vai

³²⁶ Entrevista realizada em 15 de agosto de 2018, com Iago Lôbo, na Sede do Corra pro Abraço, em Salvador/Ba.

³²⁷ Iago Lôbo Siqueira Rodrigues é formado em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), é Supervisor das equipes de Extensão e da Unidade de Apoio Na Rua da sete portas do Programa Corra Pro Abraço

tentar entender mais enquanto fenômeno coletivo, vai tentar entender as repercussões disso na sociedade e também como a sociedade pode reverter esse olhar e reverter algumas questões. Mas, por exemplo, a toxicomania não está associada a RD, a RD é algo que veio depois dessa ideia de toxicomania, que podem convergir ou não, depende muito de quem tá entendendo ali.

NESSA LINHA DA PSICOLOGIA SOCIAL, É POSSÍVEL SE CARACTERIZAR O QUE SERIA CONSIDERADO COMO ABUSO DE DROGAS. SE HÁ UM PONTO DE DIVERGÊNCIA ENTRE O QUE SERIA CARACTERIZADO COMO USO OU ABUSO?

Iago: Bom, quem tem uma tendência a estabelecer padrões, normas ou parâmetros mais rígidos, mais fechados, é a “galera” mais pra ação da psiquiatria. A psicologia social se distancia um pouco disso. Entendendo, por exemplo, que uma quantidade de uso com uma certa frequência, para uma pessoa, pode ser abuso e para outra não. Então, em linhas gerais, em termos gerais, eu, a partir de perspectivas da psicologia social, e da R.D. também entendo abuso quando aquele uso passa a ser problemático para aquela pessoa. Inclusive, prefiro o termo “USO PROBLEMÁTICO” à USO ABUSIVO. Para mim, faz mais sentido entender uma questão enquanto um problema se ela gera problemas na vida da pessoa (efeitos reais que gera na vida dela) e não a partir de um número.

SOB O PONTO DE VISTA DA PSICOLOGIA SOCIAL, É POSSÍVEL CONSTATAR ALGUMA RELAÇÃO DIRETA ENTRE A CRIMINALIZAÇÃO DO USO COM A VONTADE DESSE USO? E, A CRIMINALIZAÇÃO TEM SE MOSTRADO COMO UMA FORMA SUFICIENTE PARA DESESTIMULAR O USO?

Iago: Então, tanto na psicologia social quanto nesse campo mais psicodinâmico, de estudos psicodinâmicos, que “tá” mais pra esse lado da psicanálise, da toxicomania, existem pesquisas, ou entendimentos, de que coisas proibidas, “né”, tabus, temas não autorizados digamos assim, porém essenciais, da vida diária “também, né”, estão associadas a uma busca maior deles. Sim, isso existe, essa causalidade já é pesquisada, já é encontrada, ponto, “e aí” já respondendo a segunda pergunta, a gente observa isso, por exemplo, nos países em que ocorre a descriminalização, a legalização das substâncias, em que a procura acaba sendo menor, “né”, porque eu não preciso mais da experiência para ter informação sobre aquele, para saber algo mais como é a experiência com aquela substância. No momento em que eu descriminalizo e transformo aquela coisa num assunto que pode ser dialogado, que pode ser conversado, é pra ter informação disseminada, eu tenho outras vias de acesso àquela coisa que não necessariamente experimentando. Tenho mais elementos para entender se eu quero usar ou não.

Para além dessa questão da criminalização enquanto marginalização do debate do fenômeno, do tema, a criminalização enquanto realmente entrada num “mundo de crime” numa experiência de crime. Alguns tipos de experiências criminosas estão próximas. A proibição acaba colocando o uso de substâncias, a comercialização de substâncias também mais próximo

desses outros fenômenos. Existe essa associação que é criada artificialmente, não é natural da droga produzir crime, ou vir do crime, mas a proibição cria essa relação. Então, por exemplo, uma pessoa que está em situação de rua e tem que encontrar meios para sobreviver a essa condição, certamente vai chegar a ela oportunidades de chegar substâncias, porque é uma outra pessoa.

É POSSÍVEL SE EXTRAIR DA PSICOLOGIA SOCIAL UMA JUSTIFICATIVA QUE LEGITIME AS AÇÕES DE R.D.?A

Iago: Teve uma vez em um debate em que a gente estava discutindo RD, “por que RD?”, “por que atuar aos moldes da RD” e a gente chegou à conclusão de que era assim porque era o único meio de ser, é a única forma de fazer cuidado, se eu faço de outra forma não é cuidado. Falando de uma fundamentação mais psíquica, qualquer coisa que eu faço contra a minha vontade ela se aproxima mais de uma tortura do que de um tratamento. Bom, falando a partir da psicologia também dá pra dizer também que a RD como qualquer tipo de trabalho de cuidado e tratamento que envolve não só questões físicas exigem mudanças de comportamento, exigem mudanças de crenças, mudanças de valores elas precisam contar com a participação da pessoa. Se não é através do respeito e da autonomia essa pessoa não está participando ativamente e efetivamente dessa forma. Então, ou vai ser uma pessoa maltratando a outra, ou uma pessoa tentando fazer pela outra. Aí o que vai sustentar o tratamento vai ser quem está tendo a atividade, não o sujeito passivo que está recebendo a terapia, mas o médico, o psiquiatra, o pastor, “quem seja”, então se saem essas figuras, cai todo o tratamento. Eu preciso construir com aquela pessoa as condições para ela continuar seu próprio trabalho, tem que partir também do desejo dela, não faz sentido ser de outro jeito.

É POSSÍVEL SE FALAR QUE É UMA ESTRATÉGIA QUE VAI MAIS “DE SI PARA ALÉM” MUITO MAIS DO QUE DIZER QUE É “DO OUTRO PARA SI”?

Iago: Sim, muito mais. É claro que quando a gente fala em RD normalmente a gente fala em situações bastante extremas, quando a gente fala em situações problemáticas com drogas a gente fala de situações extremas. Então, assim como também às vezes outros tipos de transtornos mentais exigem também uma certa atividade dessas pessoas que estão ali como cuidadores, pois em determinado momento a pessoa que está passando por essa situação pode não ter as condições adequadas para enfrentar aquilo “né”, mas a partir de determinado momento a pessoa tem que entrar nesse processo, não dá conta, não segue, se for só os cuidadores fazendo por essas pessoas.

O CORRA SURTIU EM 2013, COMO FOI O INÍCIO DESSE PROJETO?

Iago: Então eu vou falar um pouco do que vem do CORRA depois desse livro³²⁸. Vale começar dizendo que o CORRA tem início a partir de algumas técnicas, e pessoas que já atuavam em equipes da rede de atenção psicossocial de Salvador, principalmente ali na região do centro histórico, do comércio, tudo mais. Uma área que historicamente já tem uma atenção especial para esse público, de usuários de substâncias, também de saúde mental, e aí, a partir da experiência deles de trabalho elas foram se dando conta que em especial o público em situação de rua, ou com vulnerabilidades mais acentuadas era negligenciado bastante ali naquele território, mesmo sendo um território bem articulado em termos de equipamentos assistenciais e tudo mais. E aí o programa, e mesmo todos esses serviços, todos esses equipamentos sendo pensados para cuidar dessa população. Essa população em "termos normativos" não está excluída do atendimento nesse equipamentos, mas na prática não se dava, por mil fatores, e aí o CORRA surge a partir do reconhecimento dessa questão e se propõe mesmo a ser um equipamento ponte, um serviço ponte, para ligar essa população aos serviços que devem atendê-la. A partir de 2016 o CORRA é assumido no governo do Estado/BA, enquanto política pública, dentro da secretaria de direitos humanos e direitos sociais junto com a SUPRAD (Secretaria de Álcool e Outras Drogas) e a partir daí, também, a gente abre para outras frentes, além do acompanhamento de pessoas em situação de rua, que sempre foi o nosso enfoque, ele abre para duas outras frentes, também a partir dessa identificação de algumas demandas durante o trabalho, a galera percebeu que as pessoas que estavam em situações de rua, no geral, vinham de situações conflituosas em seus bairros, então, normalmente por algum envolvimento no narcotráfico, algum conflito de vizinhança mesmo, ou alguma questão familiar, saíam de seus bairros e iam para rua, pois não tinham para onde ir, e, a partir daí entravam em um circuito de criminalização e acabavam mortos ou acabavam presos, aí a gente percebeu a importância de ir para esses dois espaços. Um, esses bairros de onde vinham essas pessoas, e aí a gente está falando de bairros periféricos, de uns bairros com uma população com uma renda mais baixa, escolarização menor, pouco acesso à cultura à saúde, tudo mais. E também ir para esse sistema judicial todo. Hoje a gente tem uma equipe lá no que a gente chama de núcleo de prisão em flagrantes, que fica na central de flagrantes, acompanhando as audiências de custódias e temos as equipes do CORRA Juventude, que atuam em quatro bairros aqui em Salvador e um em Lauro de Freitas que atuam com essa juventude mais "problemática", como um trabalho meio preventivo.

QUANTO ÀS TRÊS VULNERABILIDADES³²⁹ NUM FOCO DAS AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS, É POSSÍVEL FAZER UMA RELAÇÃO ONDE O QUANTO MAIS VULNERÁVEL EM DETERMINADA QUESTÃO MAIOR SERÁ A HIPOSSUFICIÊNCIA DESTE SUJEITO, OU ELAS ESTARIAM EM UMA LINHA DE IGUALDADE DE IMPORTÂNCIA?

Iago: É, eu acho que uma hierarquia mais genérica é um pouco difícil de criar, mas de fato esses três tipos de vulnerabilidades se interseccionam o tempo todo, e a gente vê as três

³²⁸ CORRA PRO ABRAÇO: O encontro para o cuidado na rua.

³²⁹ Vulnerabilidade Psicossocial (relativa a vulnerabilidade do indivíduo em si); Vulnerabilidade Institucional (face às agências, estatais ou não, penais ou não); Vulnerabilidade Social (relacionada ao campo social no que o sujeito está inserido).

funcionando juntas mesmo, então, por exemplo, uma violência institucional, um racismo institucional, algum tipo de vulnerabilidade criada a partir de um atendimento institucional, a partir de uma cultura institucional tem efeitos psíquicos, pode ter efeitos físicos, inclusive, se uma pessoa, por exemplo não consegue acessar um equipamento para cuidar da sua saúde e tem agravos por causa disso. Esses três (vulnerabilidades) estão o tempo todo em diálogo, então, por isso, também, que a R.D. não pode se restringir a somente um tipo de vulnerabilidade. No início da R.D. ela surgiu numa perspectiva, num viés muito sanitarista, muito no viés da saúde, e aí quando a gente parte do entendimento de que não estamos falando somente de dano físico, mas também de riscos, de vulnerabilidade, a gente passa a um entendimento mais geral, uma R.D. a partir da cidadania, da garantia de direitos, a gente vai para outras instituições que extrapolam o indivíduo, então a gente vai para a comunidade, vai para as instituições, e a RD deve estar em todos esses espaços, que é justamente esse diálogo que existe entre o indivíduo e a cultura. Não adianta só trabalhar a questão com o indivíduo e a cultura continuar atuando da mesma forma, é preciso atuar com as duas partes para se ter um efeito mais forte.

EM SE TRATANDO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA (DOS ASSISTIDOS) É POSSÍVEL SE PERCEBER UMA RELAÇÃO ENTRE USUÁRIO/DEPENDENTE DE DROGAS E DEPENDENTE DE DROGAS/CRIMINOSO?

Iago: É, existe uma relação entre esses termos se a gente for analisar o que existe em entendimento de senso comum. Então, assim, a gente não pode distinguir tanto, no nosso trabalho, o que é o entendimento de senso comum e dos profissionais, dos trabalhadores, da assistência, porque nós também estamos inseridos nessa sociedade, de alguma forma carregamos esses valores, ou estamos bem próximos deles, e, mesmo que nós (do CORRA) não compartilhemos com esse tipo de entendimento, de conclusão, a gente trabalha com pessoas que atuam assim, e se não fosse assim o CORRA não precisaria existir. Para mim isso aí (associação usuário/dependente; dependente/criminoso) fala de um processo de estigmatização, e uma estigmatização muito mal feita inclusive, muito rasa, que aproxima coisas bem distintas, uma dependência não tem nada a ver com o tráfico, por exemplo, são atuações diferentes, mas, por exemplo, para uma pessoa que vê um sujeito sujo, sentado na rua, ela deduz o que quiser, até mesmo que é um traficante, e aí você vai falar muito mais da vida dela.

Falando da experiência, acontece sim, de vermos esse movimento, a pessoa por causa da intensificação do uso se envolve nessa ação de venda para conseguir levantar uma grana, e sustentar o uso, para sustentar, também, uma certa performance no território, um certo status no território, isso também tem uma relevância para a vida na rua, para qualquer vida, na verdade, para as relações que a gente estabelece, a nossa função naquelas redes, então, em algumas situações, ser uma pessoa que passa drogas também pode ser vantajoso, também pode ir.

DENTRO DESSE AMBIENTE DE USUÁRIOS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA É POSSÍVEL PERCEBER UMA PREFERÊNCIA DESSES SUJEITOS POR DETERMINADAS SUBSTÂNCIAS?

Iago: De longe álcool é a mais consumida, e aí, claro, que temos uma variedade grande, e cada território vai ter suas características. Tem territórios, por exemplo, em que a gente vai encontrar muito *crack*, outros nem tanto, a galera já faz uso mais de maconha, depende muito do território mas de forma geral álcool, sem dúvidas, é a mais consumida.

E QUANTO À ASSISTÊNCIA PARA ESSAS PESSOAS COM O USO DE ÁLCOOL, A REDUÇÃO DE DANOS AINDA É POSSÍVEL DE SER APLICADA?

Iago: Sim. Olha, eu acho que R.D. sempre vai ser possível de ser aplicada, porque ela não fala de uma ação específica, ela fala mais de uma comparação, de uma ação em comparação ao outro, então, por mais grave que esteja um nível de dependência, ou o tipo de consequência negativas pro corpo que esse uso já tenha causado, existem linhas de tratamento, ou linhas terapêuticas que a gente pode escolher que vão ser mais numa perspectiva de R.D., ou não, e isso vai partir de quanto é dialogado essa decisão com a pessoa, de quanto ela participa disso. Então, a R.D. não é só “o que fazer” é “como fazer”.

A REDUÇÃO DE DANOS, EM SUA MAIORIA, É MAIS VOLTADA PARA AS DROGAS CONSIDERADAS PSICOATIVAS. SERIA POSSÍVEL SE PENSAR EM UMA ATUAÇÃO EM CONFORMIDADE COM A R.D., OU AINDA UMA ATUAÇÃO DO CORRA PARA O ABRAÇO, COM USUÁRIOS DE DROGAS NÃO PSICOATIVAS? COMO POR EXEMPLO AS DROGAS MEDICINAIS?

Iago: Sim. A RD não é aplicável só no campo das “drogas” (*psicoativas*), a gente pode extrapolar para falar de aborto. RD é uma postura, digamos assim. Usar cinto (*de segurança*) é redução de riscos, por exemplo. Então, sim, é possível aplicar a RD para quase qualquer coisa, no campo de drogas com certeza. Se a gente for pensar em medicamentos alopatas, por exemplo, eu diria que homeopatia pode ser uma redução de danos, porque tem efeitos colaterais muito menores, efeitos indesejados muito menores.

QUAIS AS PRINCIPAIS AÇÕES REALIZADAS PELO CORRA PRO ABRAÇO E EM QUE SE CONCENTRAM ESSAS AÇÕES?

Iago: Quando a gente entrou como política do governo do Estado, a gente teve que estabelecer no projeto alguns meio de verificação do projeto, para saber se, de fato, se ao que se propunha o programa estava sendo feito. E aí pra isso a gente tem meios de verificação de três coisas principalmente: (I) Acompanhamento; (II) Encaminhamento; e (III) Acolhimento. Que são três ações básicas para a gente começar e dar continuidade para qualquer processo de acompanhamento e de cuidado, eu diria que essas são as três coisas principais, mas muito

genéricas, também. A gente faz isso por vários meios, a *Arte e Educação*, numa roda de atividade física, numa roda de teatro, também com escuta, mas também, para além disso que é previsto, existe uma infinidade de coisas que o *CORRA* passou a fazer e que não se propôs, inicialmente, e nem se tinha como esperar que isso fosse acontecer. A gente já cobriu demandas de geração de renda, de escolarização, e tudo isso não estava previsto, e, inclusive, eu não conheço outro serviço que faça essa amplitude de atuação em diferentes áreas.

NO QUE CONSISTE A METODOLOGIA DA ARTE E EDUCAÇÃO, E COMO ELA VEM SENDO APLICADA E RECEPCIONADA PELA POPULAÇÃO?

Iago: A Arte e Educação parte de algumas perspectivas de educação popular, então foge um pouco da ideia de construção de conhecimentos a partir apenas de leitura, ou a partir apenas de aulas, mas sim de algo mais participativo, e principalmente algo que esteja mais em diálogo com a vida rotineira daquelas pessoas. A Arte e Educação do *CORRA* trabalha muito trazendo temas que estão presentes na vida da pessoa, com o que ela pode se identificar, trazer elementos e até contribuir mais para o debate do que o próprio educador, e faz-se isso a partir de jogos, de filmes, das mais diversas linguagens de arte. E aí, conseqüentemente, a gente vê uma apreensão muito maior desses conhecimentos, do que se a gente simplesmente fizesse uma aulinha para a galera na rua. Para início de conversa a gente nem conseguiria juntar pessoas para ficar sentadinhas na rua, isso é até uma questão mais de dinâmica da rua também, uma dinâmica de sala de aula não funcionaria. Em outros espaços a gente consegue, como no curso R.D., lá a gente realmente é uma sala de aula, ainda assim com suas particularidades e com uma metodologia específica. Mas a Arte e Educação é muito mais interativa, ela não exige paredes, por exemplo, não exige um fiscal de corredor, e, inclusive, esses elementos, esse estímulo que a rua dá às pessoas que estão passando podem oferecer é utilizado para a construção ali, naquele momento. Enfim, desde Paulo Freire a gente vê que quando um conhecimento diz da experiência dessa pessoa ele é muito melhor aprendido, então a arte e educação usa dessa proposta e também da ideia de promover cultura.

EM SE TRATANDO DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, COMO É A INSTAURAÇÃO DAS AÇÕES DO *CORRA*, COMO VOCÊS INAUGURAM OS POSTOS DE ATENDIMENTO (OU ZONAS DE ATENDIMENTO), E COMO É FEITO ESSE CONTATO INICIAL COM A POPULAÇÃO E COM O USUÁRIO?

Iago: Bom, aí você está falando que a gente chama de Abertura de Campo, que é esse processo de uma equipe se inserir em um território, ou numa comunidade, para fazer um trabalho com ela e, na perspectiva da RD, não existe uma proposição de trabalho sem ser antes ou durante também trabalhada com essas pessoas que são o alvo, digamos assim, dessa atividade. É o que a galera chama de “nós por nós”, “nada sobre nós sem a nossa participação”.

Nesse processo de abertura de campo a primeira coisa, eu diria, é o respeito. Mesmo que a gente esteja falando da Rua, a gente está falando do território de convivência e de intimidade daquelas

peessoas, então é como se de fato a gente estivesse indo na casa daquelas pessoas. Assim como eu não chego na sua casa e fazendo as coisas que eu quero, eu vou respeitar as regras da sua casa, estabelecidas para aquele lugar, assim também é na Rua. Então a primeira coisa é esse respeito a essas regras sociais estabelecidas naquele grupo, naquele território. Isso, normalmente, a gente tenta fazer com alguma mediação, a gente tenta ver se existe uma mediação para fazer isso, de uma outra equipe que já tem uma inserção existente naquele território e que aí vai poder compartilhar esse vínculo com a gente ou facilitar essa vinculação com a nossa equipe. Isso foi o que aconteceu, por exemplo, quando a gente abriu o consultório do Pela Porco, já tinha consultório na rua atuando lá, com uma atuação bem profunda, bem inseridos, e isso facilitou bastante para gente. Nos bairros, por exemplo, antes da equipe se instalar ela passa algumas semanas, ou meses, frequentando vários serviços, frequentando associação de moradores, conversando com a pessoas para entender se haveria aquela abertura, entender que tipo de demanda daquela comunidade pede, para, aí sim, a gente poder desenhar uma proposta e fazer alguma ação.

QUAL A DELIMITAÇÃO DE ATRIBUIÇÃO DE ATENDIMENTO DO CORRA PRO ABRAÇO, E UMA VEZ CONSTATADA QUE AQUELE SUJEITO VAI PRECISAR DE UMA APOIO EXTERNO COMO É FEITO ESSE ENCAMINHAMENTO, E A QUEM?

Iago: Bom, essa limitação não é totalmente clara, inclusive a gente vem debatendo lá no CORRA alguns tipos de cobranças dos assistidos para coisas que não estão na nossa alçada, coisas que a gente não tem o poder de interferência, e aí a gente entende esse tipo de demanda também muito porque isso aí vem da ideia de que a gente faz muita coisa mesmo. Por não estarmos em uma área específica tão delimitada a gente consegue se ramificar por diversos campos, é uma facilidade para a gente, mas, por outro lado, pode ser um “tiro no pé”, de se perder, ou acabar não dando conta de tudo que nos é demandado, então o encaminhamento normalmente vem nesse momento aí, em que a gente reconhece que aquilo não pode ser feito por nós, ou não deveria, não precisa, ser feito por nós. Não pode ser feito por nós em caso de saúde, por exemplo, a gente não tem uma equipe de saúde, então qualquer tipo de atendimento médico a gente não tem uma preparação para isso, esse é um encaminhamento quase óbvio. Outras são coisas mais administrativas, mais burocráticas, mais cívicas que não cabem a gente também, tudo de documentação, tudo de benefícios, tudo de auxílios, tudo isso existem já serviços que fazem a regulamentação, a gestão e implementação dessas coisas, aí é “por eles”, a gente não entra em nada a não ser encaminhando e acompanhando esse encaminhamento.

E, também, acho que o encaminhamento é importante como articulador de rede, ou fortalecedor de rede, em algumas situações pode até ter um acompanhamento que a gente poderia fazer mas a gente entende que é também importante fortalecer aquilo previsto na lei, como previsto no SUS, no SUAS, então, por exemplo, se existe um acompanhamento psicoterápico que o CAPS deve fazer é importante que eu também tensione com aquele sujeito, com aquele serviço, que ali é o espaço de fazer, até porque o corra, inclusive, não está previsto, então, a qualquer momento muda o governo, muda a conjuntura política e a gente cai, a gente deixa de existir,

então é importante a gente fortalecer também esses equipamentos que deveriam estar mais fortes e, às vezes, não estão.

HÁ UM DIRECIONAMENTO DA ATUAÇÃO DO CORRA PARA DETERMINADAS ESFERAS DE NECESSIDADE DE AMPARO E ÁREAS DE DEMANDA DO ASSISTIDO (JURÍDICAS, PSICOSSOCIAIS; SANITÁRIAS; MEDICINAIS; ETC...)?

Iago: Então, acho que para responder a gente tem que lembrar de entender o *CORRA* como um serviço ponte. Inicialmente a nossa ideia é juntar esses pontos da rede. A arte e educação, por exemplo, é algo tão particular para a gente porque é algo que a gente tem dificuldade de encontrar nos outros serviços, mas o restante, muito disso a gente encontra nos outros. A gente tem educador jurídico no *CORRA*, mas a atuação do educador jurídico deveria ser dispensada se a gente tivesse a Defensoria atuando como deveria, se ela estivesse próxima dessas pessoas, a gente não precisaria de um educador jurídico para estar mediando essa situação. Se a gente fosse pegar dessas áreas, por um lado, de uma atenção psicossocial, de intensificação de cuidados, que a gente fala de atenção à saúde mental da pessoa, de questões sociais, e por esse viés a gente entra numa atuação muito da justiça social, e aí a gente vai falar de garantia de direitos, direitos em todas essas esferas.

QUANDO VOCÊS CONSTATAM E INFORMAM AO ASSISTIDO QUE SERÁ NECESSÁRIO REALIZAR O ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA INSTITUIÇÃO, OU OUTRO GRUPO, EXISTE ALGUM TIPO DE RESISTÊNCIA POR PARTE DOS ASSISTIDOS? E HÁ ALGUMA RESISTÊNCIA ESPECÍFICA PARA DETERMINADOS TIPOS DE ENCAMINHAMENTOS/DEMANDAS.

Iago: Bom, a primeira coisa eu acho que é explicar que o nosso encaminhamento não é só um endereço que a gente dá pra pessoa e manda ela ir, o encaminhamento também é construído com a pessoa. A pessoa traz uma demanda para a gente e a gente vai construir com ela e tentar entender se o mais interessante para ele é ser encaminhado para esse serviço X. A decisão de um encaminhamento não é só, por exemplo, a pessoa está com questão de saúde e o posto de saúde que resolve então vamos encaminhá-lo para o posto de saúde, ponto. A questão não é tão óbvia assim, as questões tendem a ser mais complexas e a gente leva outras questões em consideração, então, por exemplo, se é um território em que a pessoa pode circular, se a pessoa tem alguma vinculação com aquelas que estão lá, boas ou ruins, e aí sim a gente entra no campo da resistência, que, às vezes, é comum a gente encontrar uma pessoa que prefere se cuidar, autonomamente, arranjar seus medicamentos, suas formas de limpeza, de tratamento, e escolhe não fazer um tratamento mais formal, de ir em uma clínica, em um posto, em alguma equipe de rua porque em algum outro momento já foi maltratada nessas situações, pela condição que se apresenta, por estar em situação de rua, enfim, por tudo isso, existem resistências nesse sentido. Outras nem tanto, outras são bem tranquilas.

Mas, de forma geral, a gente trabalha essas resistências acompanhando o encaminhamento, é o que a gente chama de encaminhamento responsável, digamos assim, em que se a gente sente algum tipo de resistência a gente não vai se contentar com isso, a gente pode por exemplo marcar com a pessoa de ir junto lá no serviço, e a partir daí criar um novo formato de vinculação, se tinha alguma questão mais problemática com aquela equipe a gente vai tentar conversar com aquela equipe ou apresentar um novo viés de entendimento para aquele sujeito sobre a atuação daquela equipe.

É POSSÍVEL SE ESTABELECEER UM TIPO DE LIMITE NA ATUAÇÃO (NO CAMPO) NOS TERMOS DAS INDIVIDUALIDADES DO SUJEITO?

Iago: Existem limitações, existem limites de atuação, eu diria que principalmente éticos. Por exemplo, a gente não trabalha a partir de uma perspectiva assistencialista, a gente, *no* CORRA, não trabalha dando dinheiro (*próprio*) aos assistidos e a determinada pessoa, individualizada. A gente não trabalha assim. Assim como, em geral, a gente não trabalha com nenhum tipo de doação, não é do CORRA fazer isso. Mas existem vários outros limites, do próprio programa, por exemplo: limite de carro; limite de equipe; limite de horário, são questões mais genéricas mas que interferem na atuação individual com a pensão, então, por exemplo, o indivíduo pode estar querendo uma atenção muito grande minha, por exemplo, enquanto técnico de referência dele, mas naquela situação, naquele momento, eu estou em reunião que eu não posso perder, então existem essas coisas de priorização de demanda, tudo isso.

PELA IDEIA DO CORRA É PERCEPTÍVEL UMA INTERAÇÃO BEM “ÍNTIMA” ENTRE REDUTOR E ASSISTIDO, NESSE SENTIDO, COMO SE DESENVOLVE ESSA RELAÇÃO DESDE O SEU VÍNCULO ATÉ SER ALCANÇADO O OBJETIVO DO ASSISTIDO?

Iago: Esse vínculo inaugural com o indivíduo fala de como a gente entende o cuidado enquanto perspectiva política, cuidado enquanto atuação política, e também entendendo que a relação, o vínculo, é a nossa principal ferramenta. A gente, diferente da saúde, que tem equipamento e tudo mais, a gente tem a reação que a gente estabelece com a pessoa, esse é o nosso principal instrumento de trabalho, é nisso que a gente enfoca, então, desde o início, a gente tem isso em perspectiva, se a gente não construir uma boa relação com aquela pessoa o nosso trabalho não vai funcionar, o nosso trabalho exige um comprometimento do profissional, do trabalhador, não para que sempre tudo funcione lindo e a pessoa ame a gente, mas para que a gente possa criar um vínculo de respeito, de confiança, de autonomia, e como qualquer outro vínculo saudável entre seres humanos, vai ter altos e baixos, vai ter amor e vai ter ódio. Eu acho que ia ser muito estranho se fosse só amor, se fosse só flores. Então, no CORRA a gente também tem altas crises. Eu gosto muito de uma fala de um assistido nosso que ele falou que o CORRA era o único serviço que ele frequentava em que as pessoas recebiam ele com um beijo e um abraço, acho que isso fala bastante de como a gente atua e das consequências que isso tem para o cuidado,

as pessoas perceberem que têm umas às outras, que nem tem nada a ver com você, não é da sua família, não é seu amigo, não é nada, mas está interessada em você, na sua melhora, na conquista de seus trabalhos.

COMO E QUANDO SE DÁ A INTERAÇÃO DOS REDUTORES COM OS AGENTES PÚBLICOS, EM ESPECIAL EM RAZÃO DO CORRA SER UMA INSTITUIÇÃO VINCULADA AO PODER PÚBLICO?

Iago: Isso acontece, mas mais pontualmente. Porque acaba que as relações individuais se sobrepõem à relação institucional. O CORRA trabalha muito com afeto, esse afeto político, são relações muito afetuosas, e a relação institucional é justamente o contrário, é uma relação sem afeto. Então essa tensão, esse entendimento que nós somos agentes públicos é mais rara. E aí aparece, por exemplo, quando a pessoa vê na nossa camisa o símbolo do pacto pela vida e aí vai comparar a gente a um policial. Ou então quando chama a gente de governo, de Estado, colocando tudo ali, em um bolo só, mas aí a gente tem esse trabalho de fazer as distinções, de quais são as funções disso tudo, onde a gente está atuando ali.

E COMO SE DÁ A INTERAÇÃO COM O ENTE PÚBLICO EM SI, COM, POR EXEMPLO, UMA AUTORIDADE POLICIAL QUE SE ENCONTRA NO ESPAÇO EM QUE VOCÊS ESTÃO ATUANDO, OU COM ALGUM FISCAL?

Iago: Como eu disse, a gente está no pacto pela vida também, a gente está junto com os policiais, pelo menos em termos de estrutura, de financiamento, tudo mais. Temos atuações diferentes, apesar disso, e isso fica marcado nos encontros, os policiais, por vezes, tensionam o nosso trabalho porque, por vezes, vai de encontro com o trabalho deles, ou o deles vai de encontro com o nosso, e as vezes os avanços que a gente consegue com algum grupo, com um território, é desfeito. A gente tem um trabalho também, a gente “tá” preparando uma capacitação para policiais, como já ocorreu antes. A gente faz reuniões para dialogar com policiais, com patrulhas, para poder dialogar sobre isso, porque de fato em algumas situações são as mesmas pessoas que a gente está lidando, porque, de um lado a gente oferece cuidado, oferece acompanhamento, e do outro, os policiais em geral, oferecem repressão, oferecem violência, então fica um desfazendo o trabalho do outro. Tem situações também em que a gente encontra um policial na rua, em abordagem com os nossos assistidos, ou a nossa equipe, e esse é um encontro, normalmente tenso, o encontro com policiais no campo é tenso. E normalmente com eles deslegitimando o nosso trabalho, como se não conhecesse. Por exemplo, está a “roda” ali, no meio da praça e eles passam no meio, de moto, quebrando a “roda”, mesmo sem ter o que fazer lá. Mas, ainda assim, o que a gente faz nesses momentos é o que temos para fazer, se a gente tem uma abordagem, violenta ou não, a gente acompanha, como pessoas civis, que podemos acompanhar, e também como prestadores de serviços daquelas pessoas, digamos assim. Então a gente faz isso, a gente conversa com os policiais, a gente acompanha na delegacia, a gente registra os números das viaturas.

COMO AS PESSOAS, EM ESPECIAL AQUELAS QUE ESTÃO SENDO CAPACITADAS, VÊM RECEBENDO A IDEIA DE R.D.?

Iago: Se a gente tomar a R.D. enquanto essa esfera maior, essa esfera da atuação dentro da justiça social, da garantia de direitos, eu acho que poucas pessoas seriam contra, seriam contrárias à ela. Quando a gente especifica no tema de drogas é que normalmente existe um burburinho maior. Quando a gente fala nesse campo mais social também, por falarmos do nosso público, às vezes isso gera uma controvérsia. Por exemplo, as capacitações que a gente faz para redes que já atuam com esse público, nas perspectiva do cuidado, a gente tem total reconhecimento, somos totalmente bem recebidos. Nas Universidades também. Eu acho que para equipes que talvez estejam em menor desacordo com as normativas de SUS é que a gente teria uma maior dificuldade, por exemplo, com algumas comunidades terapêuticas, às vezes, o diálogo é mais difícil, com a própria polícia. Mas a R.D. vem ganhando espaço dentro da academia. Existem vários projetos de lei que estão em andamento. Existem projetos de lei sobre a capacitação do Redutor de Danos, então, tem avançado.

O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS TAMBÉM É SENTIDO QUANDO DA REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES VOLTADAS AO AMPARO DO USUÁRIO?

Iago: Com certeza. Eu sempre atuei com pessoas marginais, minha área de atuação sempre foi com usuários de substâncias ou pessoas com algum tipo de transtorno mental, dois públicos marginalizados aos seus modos. Quando eu atuei com esses dois grupos, a gente discute, como equipe, como os serviços e as equipes pensadas para esses públicos são marginalizadas com consequência. O estigma que esse público carrega, o trabalhador que assiste a ele carrega de alguma forma. É aquela velha história de “defender bandido”, no momento em que eu estou defendendo bandido eu estou me colocando “junto a ele”, eu me aproximo do estigma dele.

PELAS EXPERIÊNCIAS DE INTERVENÇÕES POLICIAIS E PELO SISTEMA DE CRIMINALIZAÇÃO, É POSSÍVEL NOTAR LIMITAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS E ÂMBITOS DE ATUAÇÃO DO CORRA PRO ABRAÇO?

Iago: O uso de substâncias não ser descriminalizado já é um indício para a gente pensar que a gente trabalha com pessoas que são o tempo todo criminalizadas, então os efeitos são permanentes, a gente percebe os efeitos o tempo todo. Nos casos mais graves eu diria que os efeitos estão as violências mais extremas e que resultam em nenhuma consequência para os violentadores dessas pessoas. A gente vê casos saturados de desassistência, de violência institucional propriamente dita e que fica por isso mesmo, porque essas pessoas estão nessa situação e são vistas dessa forma, vivem essa estigmatização.

Hoje a R.D. tem um histórico de embate com essa coisa da criminalização, porque, no início, inclusive, foi criminalizadas de fato, várias vezes, pessoas que começaram atuação em R.D. foram presas ou ameaçadas de serem presas ou denunciadas, enfim...

Hoje em dia, a gente continua tendo essa dificuldade porque, por exemplo, a gente não pode mediatizar alguns tipos de informações ou não podemos usar alguns tipos de terapêuticas, como, por exemplo, substituição. A gente já sabe, por pesquisa e por experiência, que maconha pode ajudar na redução do uso problemático de crack, essa substituição tem vários benefícios para a pessoa e para a sociedade, mas essa é uma estratégia que a gente não pode recomendar, legalmente, pela maconha também ser criminalizada. Então, tem esse tipo de limitação.

Além de outros que complicam o fato de estarmos vinculados a instâncias governamentais, talvez se a gente não estivesse vinculado a gente teria outros tipos de formalidades e maior liberdade, como acontece com outros grupos de R.D. que são autônomos, enfim.

A CRIMINALIZAÇÃO IMPÕE LIMITAÇÕES QUANTO A ALGUNS TRATAMENTOS OU INDICAÇÕES DE TRATAMENTOS E LIMITA AS VIAS DE ACESSO AO OBJETO DE ESTUDO. NESSE SENTIDO, HÁ TAMBÉM UMA LIMITAÇÃO QUANTO AO ACESSO DOS ASSISTIDOS A ESSE ACOMPANHAMENTO, AOS ÓRGÃOS ESTATAIS, A ESSA ASSISTÊNCIA?

Iago: Com certeza, um exemplo bastante recorrente é de pessoas que já tem algum tipo de processo não irem no fórum assinar ou até que não tenham mais processos, mas gostariam de acompanhar outra coisa da defensoria, não acessarem esses espaços com medo de chegar lá e serem presas, pessoas que nem tem processos, nem tem mandato, tem medo de chegar lá e serem presas. Por aproximação do tratamento que recebem nesses espaços e não só na justiça. Há também situações dos assistidos evitarem a circulação por estarem portando alguma coisa, às vezes, até deixam de ir no CORRA por estarem portando alguma coisa.

UMA VEZ NÃO MAIS PODENDO ESTAR DIANTE DE UMA AÇÃO “REDUTORA” O CORRA TEM ALGUMA PROPOSTA ALTERNATIVA DE ATUAÇÃO, QUE NÃO REDUÇÃO DE DANOS, OU ESTARÍAMOS DIANTE DE UM LIMITE “A PARTIR DE ONDE NÃO É MAIS R.D. O CORRA NÃO ATUARIA”?

Iago: Eu acho que sempre vão ter casos que irão fazer a gente olhar para os nossos limites, o que a gente considera que é ético, o que a gente considera que é certo. A gente costuma dizer lá no corra que a gente sempre busca a melhor solução e não a mais fácil, esse é um bom parâmetro. Sobre o tema das drogas as outras respeitosa que não a R.D. tendem a ser muito simplista, a abstinência é muito simplista, ela tem uma resposta muito clara, muito óbvia mas que na prática não o é. O proibicionismo, da mesma forma é muito simplista, reduz a coisas muito básicas e tira a complexidade do fenômeno. Então, esses casos sempre estarão presentes, sempre vai rolar esses momentos em que a gente vai se questionar se o que a gente está fazendo

é R.D., se é correto, se é por aí, acho que isso é importante para a prática, né, porque se a gente soubesse o que fazer o tempo todo, a gente não precisaria de R.D., então, sempre vão ter essas situações limites, eu diria. Mas, eu acho que não dá pra dizer que existe um momento em que a R.D. acaba, que deixa de ser R.D. e é outro. Até porque, se a gente parar para pensar abstinência pode ser R.D., ela pode ser o projeto de uma pessoa e nesse sentido eu tenho que respeitar também esse projeto, se a pessoa acredita, ou acha, que a abstinência é a melhor forma dela se trabalhar eu tenho que discutir isso com ela, e se essa foi a decisão, ir com ela. A gente já encaminhou, por exemplo, algumas pessoas para comunidade terapêutica. Não é a forma como nós a trabalharmos, mas a gente entende também que em algumas situações é uma forma de cuidado. É claro que a gente tem o cuidado de fazer essa seleção, de qual a comunidade terapêutica que a gente vai encaminhar, conhecer a equipe, a gente sempre encaminha para as comunidade ligadas a SUPRAD, que têm fiscalização.

Por exemplo, vou contar um caso aqui de um assistido nosso que chegou lá no CORRA, depois de várias situações parecidas em que ele chegava no CORRA muito embriagado e fazia vários tipos de violência com a equipe, principalmente com as mulheres, agredindo verbalmente, chamando de puta, etc., várias coisas assim, coisas bem pesadas. A equipe já estava bem mobilizada com ele, várias pessoas já não queriam atender. Aí teve um dia que ele foi lá, nesse mesmo movimento, e com os homens ele foi com uma coisa de querer ir pra bater, ir de encontro. E aí, numa dessas ele veio para cima de mim e eu fiquei me afastando. Então, o que fazer numa situação dessa, né, pensando enquanto R.D. Não tenho uma resposta óbvia. O que eu fiz, naquela situação, foi tentar sempre conversar com ele, chegou um momento que não deu mais, o que eu fiz, eu segurei ele por trás, fui pra fora do CORRA com ele e fiquei lá fora com ele. Falei: “Você desse jeito não vai entrar no CORRA, vou ficar com você, mas você não vai entrar no CORRA”. Isso é R.D.? Talvez, inicialmente não, mas fala também de algo que não é só de cima para baixo, claro que que fiz uma atuação de cima pra baixo, que foi tirar ele de lá de dentro, talvez foi a única vez que a gente fez isso, tirar alguém do CORRA, nesse tempo que eu tô lá. Mas, em momento nenhum, eu abandonei a relação, em momento nenhum eu me fechei ao diálogo, o tempo todo eu tentei manter uma conversa com ele, quando nao tava funcionando naqueles moldes eu tentei por outros moldes e funcionou, e não houve um rompimento de vínculo aí, então é isso, eu acho que é difícil de se colocar um limite de onde começa e onde termina a R.D., mas fala muito mais de uma postura, de uma abertura, de se entender a complexidade das relações e atuar em cima disso.

TRAZENDO UM COMPARATIVO ENTRE OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E DA SAÚDE MENTAL E COM OS USUÁRIOS DE DROGAS E TODA A POLÍTICA DE R.D. EU VOU LER UM TRECHO DA LEI 10.216/01 (ART. 2º, CAPUT; PARÁGRAFO ÚNICO, INCISO II)³³⁰ QUE FOI ADVENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SANITÁRIA E QUE TRAZ COMO VAI SE DAR A PROTEÇÃO E

³³⁰ Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

OS DIREITOS DAS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS. FAZENDO UM RELAÇÃO ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS E PESSOAS COM TRANSTORNOS DE SAÚDE MENTAL, VOCÊ ENTENDE QUE ESSE TRATAMENTO TEM SUA IMPORTÂNCIA E VEM SENDO GARANTIDO?

Iago: Sim. Acho que vale também dizer que a saúde mental e a atuação com pessoas que usam substâncias é próxima, primeiro por estarem no mesmo campo, o transtorno por uso de substâncias, para algumas pessoas, é uma questão de saúde mental mesmo, entendendo assim. Então, na Lei da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, estão incluídos os usuários de substâncias. Acho que é importante também fazer uma recapitulação histórica aí. Antes mesmo dessa lei, esses grupos todos já eram aproximados a partir da estigmatização, então o tratamento que era dado a eles era o mesmo, a partir disso, do entendimento de que eles eram “sub-humanos”, os tratamentos eram equivalentes, nos manicômios, nas prisões, tudo mais.

A lei propõe “ser tratado com respeito...”, esse texto aqui fala da vida, né, de aspectos muito básicos da vida, é quase óbvio, todos esses incisos falam de coisas muito óbvias, “ser protegido de qualquer abuso e exploração”, uau, preciso de uma lei pra isso, uma lei para me defender da pessoa que deveria estar cuidando de mim. Basaglia, que foi um cara da reforma psiquiátrica italiana, que inspirou bastante a nossa, ele fala que viu nos manicômios que as pessoas precisavam de menos clínica e mais vida, é fugir um pouco dessa ideia de que a gente precisa estar o tempo todo também complexificando tecnicamente aquilo, transformando aquilo numa grande questão e entender também que faz parte da vida, né, que a gente tem que devolver esse aspecto de naturalidade para essas pessoas. Tirar a pessoa do território dela não é natural e nem vai ajudar ela em nada. A gente tem que trabalhar a partir disso, na vida da pessoa, no território em que ela está, com as pessoas que ela tem relações, a partir das habilidades dela.

APÓS O SEU TRABALHO COM O CORRA E SUAS EXPERIÊNCIAS FORA DO CORRA, VOCÊ ENTENDE QUE A POLÍTICA DE R.D. É UMA POLÍTICA EFICAZ PARA O CONTROLE DE DROGAS E DE DANOS GERADOS PELAS DROGAS? E COMO SERIA UMA CONJUNTURA IDEAL PARA QUE ESSA POLÍTICA FOSSE EFETIVADA NO MÁXIMO DE POTENCIALIDADE?

Iago: Bom, eu consigo ver a efetividade da RD muito claramente nos casos individuais, é bem fácil a gente ter essa leitura. Eu estou no CORRA vão fazer dois anos agora e em alguns casos a gente viu uma evolução absurda, a partir das nossas intervenções e também do trabalho daquelas pessoas. Numa forma mais *macro* já é mais difícil da gente ver isso, a gente também tem essas evoluções, agora claro que uma mudança mais radical, mais visível mesmo numa perspectiva *macro* a gente também precisa de uma atuação nesse sentido. O CORRA mesmo com a atuação que tem hoje, que é grande, ainda é muito pequeno, muito pequeno mesmo, a gente tem 4 milhões de pessoas na cidade e são pouquíssimas as equipes que trabalham com R.D., mesmo estando em portarias, sendo reconhecida pelo Ministério da Saúde, então para mim o que falta é isso, a efetivação de fato, mais reconhecimento e mais investimento. A galera que chega lá fala isso, “a gente precisava de mais CORRA’s, porque parece que o CORRA é

realmente o único equipamento que parte da R.D., a maioria dos equipamentos de saúde conhece R.D., mas não atua nessa perspectiva, tem o discurso, mas não tem a prática, então essa transição é a que falta. E não vai ser a judicialização que vai fazer essa transformação, né. Existe uma lei da reforma antipsiquiátrica e essas coisas não são cumpridas, muitas coisas não são cumpridas, tem 17 anos da lei e muita coisa a gente tá avançando ainda. Muitas coisas a gente não conseguiu colocar em prática ainda. Então, também não é através de uma lei, uma lei da redução de danos que a gente vai fazer isso, eu acredito, não acho que seja através da judicialização que a gente vai fazer isso, eu acho que é muito mais através desse trabalho com a cultura, com a comunidade, com as pessoas.



FACULDADE BAIANA DE DIREITO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM DIREITO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Jago Lobo S. Rodrigues, portador do CPF: 05818387500, e Cédula de Identidade (RG): 1195132930, fui convidado a conceder entrevista ao aluno

Arthur Henrique Cerqueira Jobim Soares, estudante de direito da Faculdade Baiana de Direito, para a realização de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "A Efetivação da Política de Redução de Danos: manutenção de garantias mínimas em um contexto de Guerra às Drogas", cuja orientação é do professor Daniel Nicory do Prado.

A participação consistirá em uma entrevista presencial que será gravada e transcrita, e, caso solicitado, será posteriormente entregue cópia da transcrição. A entrevista consistirá em perguntas referentes à Política de Drogas e à Redução de Danos, que se darão de maneira qualitativa e organizadas no decorrer da entrevista, levando em conta as experiências profissionais e pessoais relevantes ao trabalho, motivo pelo qual CONCORDO com a divulgação do meu nome e do _____ no corpo da pesquisa.

A pesquisa tem por objetivo realizar um mapeamento da atuação de atores de Redução de Danos no Brasil, visando obter informações acerca da implementação, estruturação, organização e funcionamento desses grupos, bem como outras informações pertinentes à temática.

Entendo que o estudo possui finalidade de pesquisa acadêmica e que os dados e informações colhidos na entrevista serão utilizados em favor da pesquisa acima especificada, obedecendo ao que está previsto nas legislações vigentes.

Depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como estar ciente da necessidade do uso do meu nome e depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo a coleta do meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes e **CONCORDO** em participar da pesquisa. O presente termo é revogável e a qualquer momento, por mera manifestação de vontade do entrevistado, o consentimento poderá ser retratado, sem a necessidade de justificação.

Salvador/Ba, 15 de Agosto de 2018.

Assinatura do participante: Jago Lobo S. Rodrigues

Assinatura do Pesquisador: [Assinatura]