

DROGAS E DIREITOS HUMANOS:

Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas

**Série Interlocuções
Práticas, Experiências
e Pesquisa em Saúde**

Organizadores

Marcelo Dalla Vecchia

Telmo Mota Ronzani

Fernando Santana de Paiva

Cassia Beatriz Batista

Pedro Henrique Antunes da Costa

editora



redeunida

Série Interloquções
Práticas, Experiências
e Pesquisas em Saúde

Marcelo Dalla Vecchia

Telmo Mota Ronzani

Fernando Santana de Paiva

Cassia Beatriz Batista

Pedro Henrique Antunes da Costa

Organizadores

DROGAS E DIREITOS HUMANOS:

*Reflexões em Tempos
de Guerra às Drogas*



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barríos – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Diagramação

Robson Luiz da Silva

Arte da Capa

Cadu Ribeiro

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Copyright © 2017 by Marcelo Dalla Vecchia, Telmo Mota Ronzani, Fernando Santana de Paiva, Cassia Beatriz Batista e Pedro Henrique Antunes da Costa.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

D784 Drogas e direitos humanos : reflexões em tempos de guerra às drogas [recurso eletrônico] / Marcelo Dalla Vecchia ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.
396 p. : il. – (Série Interlocuções práticas, experiências e pesquisas em saúde)

ISBN: 978-85- 66659-76- 4

DOI: 10.18310/9788566659764

1.Drogas. 2. Direitos humanos. 3. Políticas de saúde. 4. Usuários de drogas. 5. População de rua – Saúde. I. Dalla Vecchia, Marcelo. II. Série.

CDU: 613.88

NLM: HV5840

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252
www.redeunida.org.br

Série Interloquções
Práticas, Experiências
e Pesquisas em Saúde

Marcelo Dalla Vecchia

Telmo Mota Ronzani

Fernando Santana de Paiva

Cassia Beatriz Batista

Pedro Henrique Antunes da Costa

Organizadores

DROGAS E DIREITOS HUMANOS:

*Reflexões em Tempos
de Guerra às Drogas*

1º Edição

Porto Alegre/RS, 2017

Rede UNIDA

SUMÁRIO

<u>PREFÁCIO</u>	1
<i>Milton Romani Gerner, Ex-Secretário da Junta Nacional d e Drogas do Uruguai, Ex-Embaixador do Uruguai na Organização dos Estados Americanos (OEA)</i>	
<u>APRESENTAÇÃO</u>	13
<u>SEÇÃO 1: USO DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMÉRICA LATINA</u>	25
<u>CAPÍTULO 1: ESTIGMA DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS, CUIDADOS DE LA SALUD Y DERECHOS HUMANOS EN AMÉRICA LATINA.</u>	27
<i>Raquel Peyraube</i>	
<u>CAPÍTULO 2: DESIGUALDADE SOCIAL, POLÍTICAS SOBRE DROGAS E DIREITOS HUMANOS: Uma Reflexão Sobre a Realidade Brasileira</u>	53
<i>Fernando Santana de Paiva, Pedro Henrique Antunes da Costa</i>	
<u>CAPÍTULO 3: POLÍTICAS DE DROGAS EN COLOMBIA Y SU INTERRELACIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS.</u>	73
<i>Guillermo Alonso Castaño Pérez, Andrés Felipe Tirado Otálvaro</i>	
<u>CAPÍTULO 4: POLÍTICA SOBRE DROGAS EN MÉXICO Y SU INTERFAZ CON LOS DERECHOS HUMANOS</u>	103
<i>Marcela Tiburcio Sainz, Shoshana Berenzon Gorn</i>	

**SEÇÃO 2: FORMAÇÃO PARA OS DIREITOS HUMANOS
DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....121**

**CAPÍTULO 5: OS DESAFIOS PARA UMA FORMAÇÃO
EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS
DIREITOS HUMANOS 123**

Gilberta Acselrad

**CAPÍTULO 6: OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A
FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS
DIREITOS HUMANOS.....141**

João Mendes de Lima Junior, Eroy Aparecida da Silva, Yone Gonçalves de Moura, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo, Ileno Izídio da Costa

**CAPÍTULO 7: OS DESAFIOS DO SETOR DE ASSISTÊNCIA
SOCIAL PARA A FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS 167**

Andréa Leite Ribeiro Valério, Wanderson Flor do Nascimento

**CAPÍTULO 8: OS DESAFIOS DO SETOR DA SEGURANÇA
PÚBLICA PARA A FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS 187**

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho, Roberta Brasilino Barbosa, Thiago Colmenero Cunha

**SEÇÃO 3: POLÍTICA CRIMINAL SOBRE DROGAS
E OS DIREITOS HUMANOS209**

**CAPÍTULO 9: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS
POLÍTICAS CRIMINAIS, DROGAS E DIREITOS HUMANOS211**

Maria Lucia Karam

**CAPÍTULO 10: DIREITOS HUMANOS E CONVENÇÕES
INTERNACIONAIS DE DROGAS: Em busca de uma
razão humanitária nas leis de drogas 233**

Luciana Boiteux, Luciana Peluzio Chernicharo, Camila Souza Alves

<u>CAPÍTULO 11: CONSIDERAÇÕES SOBRE DROGAS, SISTEMA CARCERÁRIO E CRIMINOLOGIA CRÍTICA</u>	<u>265</u>
<i>Adriana Eiko Matsumoto, Sarah Gimbernau Gimenez</i>	
<u>CAPÍTULO 12: A MACONHA NO BRASIL: INDEPENDÊNCIA NACIONAL E DIREITOS HUMANOS.....</u>	<u>287</u>
<i>Henrique S. Carneiro</i>	
<u>SEÇÃO 4: DIREITOS HUMANOS NO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA</u>	<u>297</u>
<u>CAPÍTULO 13: OS SUJEITOS E SUAS EXCLUSÕES: OS MOVIMENTOS DE RESISTÊNCIA E OS RISCOS DE IATROGENIA.....</u>	<u>299</u>
<i>Antonio Nery Filho, Patrícia von Flach</i>	
<u>CAPÍTULO 14: A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS QUE USAM CRACK E OUTRAS DROGAS: Experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da vulnerabilidade e direitos humanos - uma perspectiva intersetorial</u>	<u>319</u>
<i>Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, Marilyn Dione de Sena-Leal, Renata Barreto Fernandes de Almeida, Alda Roberta Lemos Campos- Boulitreau</i>	
<u>CAPÍTULO 15: EXPERIÊNCIAS DO RIO DE JANEIRO E NOVA IORQUE COM O TRABALHO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA</u>	<u>347</u>
<i>Danielle Vallim</i>	
<u>PÓS-FÁCIO</u>	<u>373</u>
<i>Deputado Federal Jean Wyllys pelo PSOL/RJ. Autor do PL 7270/14</i>	
<u>SOBRE OS AUTORES.....</u>	<u>387</u>

Prefácio

Milton Romani

Cuando recibí la amable invitación para escribir este Prólogo, me reencontré, con el hermoso título de la canción de Geraldo Vandré: *Pra no dizer que no falei das flores*.

Veo con satisfacción, que tiene una significación especial para los hermanos brasileños. En lo personal me remonta emotivamente, a mis primeros viajes clandestinos, allá por 1978, desde Argentina a Brasil, para contactar con mis compañeros resistentes a la dictadura uruguaya. Todavía acechaba la Operación Cóndor. Habían secuestrado y desaparecido a Lilian Celiberti y Universindo Rodríguez en Porto Alegre. La campaña por su aparición con vida dio resultados. Gracias al trabajo solidario de periodistas, activistas de DDHH, organizaciones religiosas y políticas de todo Brasil.

Tomaban fuerza por entonces, la movilización pela anistia, y en el ABC paulista, las huelgas de los trabajadores metalúrgicos. Se reeditaban algunas canciones de los 68s. Pude escuchar esa hermosa canción y compre su disco que contenía la grabación realizada en el Maracanazinho, en oportunidad de un discutido Festival Internacional de la Canción. Me conmovió el apoyo ensordecedor de todo el Estadio, protestando por un fallo muy discutible de um Jurado que se sospechaba aliado a los dictadores. La palabra serena de Geraldo intentando persuadir a toda su torcida, de reconocimiento a favor de Chico Buarque de Holanda y Antonio Carlos Jobim (los triunfadores). No había forma de calmar a nadie. Momento difícil, gran tensión. Por fin, Geraldo lanza el ultimo recurso persuasivo: "olha gente, olha uma coisa: **A vida, non se resume en festivais** " y empezó a cantar. Vaya este recuerdo afectuoso como reconocimiento a Geraldo Vandré y a todas las generaciones que luchan por un

mundo mas justo. Con rebeldía sí, pero también con la amplitud y la enseñanza de saber que la vida, como la lucha, es mucho mas rica. Que hay batallas importantes, que no siempre las damos, ni en los momentos, mas vistosas y quizás en los menos ruidosos, pero que valen la pena. Que las canciones del alma perduran, que las prohibiciones caducan inevitablemente, y que la dignidad también perdura.

Celebro escribir estas lineas. En primer lugar por la alta distinción que me hacen los autores de esta importante obra que hoy se publica. Ademas, prologar esta producción académica tan seria como necesaria, me brinda la oportunidad de dedicar algunas reflexiones propias.

Este trabajo vincula dos temas cruciales para el despliegue de políticas publicas con pretensión de aportar al desarrollo desde un proyecto humano, justo, sustentable y ajustado a derechos. Por otra parte este libro contribuye al conocimiento. Porque un enfoque científico y social que habilite otra mirada para producir conocimiento de un problema complejo, cierra no solo la puerta de la guerra, sino que abre la oportunidad de saber. De conocer y aportar a resolver una problemática humana, que con sesgada intencionalidad política, se lo alejó de lo humano.

Quisiera, en primer lugar, modestamente, proponer modificar el título.

Haciendo justicia con el momento histórico que vivimos y como augurio de una perspectiva esperanzadora.

Estas serán, a no dudarlo "Reflexiones en tiempos del Fin de la Guerra contra las Drogas." Acabamos de asistir, el 19 de abril, en Nueva York, a la Sesión Especial de la Asamblea General de NNUU sobre el Problema Mundial de las Drogas. Luego de un largo proceso con intensas discusiones, negociaciones, bloqueamientos, incomprendiones, llegamos a un nuevo consenso internacional.

Irrumpieron varios documentos, entre ellos del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, del Consejo de DDHH, de la Organizacion Mundial de la Salud. Así como posiciones nacionales y regionales que aportan para una revisión critica que marca el fin del **pensamiento único** en drogas. No se puede hablar del quiebre

definitivo del prohibicionismo. Sería un grave error confundir esto. La correlación de fuerzas sociales, políticas y de grandes Estados a favor del actual sistema es muy grande todavía. Pero ahora ha quedado irremediabilmente abierto, un debate que había sido negado. Ahora, el enfoque de salud pública y de Derechos Humanos se ha convertido en un punto inexcusable a la hora de definir políticas y estrategias en drogas.

Ahora, el Documento aprobado en UNGASS 2016 admite que el sistema de fiscalización internacional, sus três Convenciones, *tienen suficiente flexibilidad*, para admitir la diversidad de nuevos enfoques que intentan dar respuesta a los desafíos nacionales y regionales diferenciados. Concepto de "flexibilidad" que en rigor, proviene del texto de la Declaración de Brasilia emanado de la Reunión de Autoridades en Drogas del MERCOSUR (2015) bajo la Presidencia pro Tempore de Brasil. Fueron muy valiosos los aportes que surgieron del ámbito caribeño y latinoamericano y constituyeron junto a los aportes de la Unión Europea y Suiza, trascendentes para avanzar. "Visión Común de UNASUR", Declaración de Quito y de Santo Domingo de CELAC, Declaración de Antigua Guatemala de OEA y el Informe sobre Drogas que la OEA elaborara a solicitud de la Cumbre de Jefes y Jefas de Estado de las Américas celebrada en Cartagena de Indias 2012.

Otra reflexión. Abordamos un tema complejo. Social y epistemológicamente complejo. Que se ha dado en denominar problema mundial de las drogas. Como todo problema, debemos analizar primero, si esta bien planteado. En rigor ha sido planteado políticamente en la comunidad internacional, con un sesgo desde su nacimiento. Surgido con tinte ideológico de marcada inspiración moralista de corte puritano.

Como relata el amigo Francisco Thoumi:

El sistema internacional de control de drogas surgió de la preocupación por el crecimiento de la adicción al opio en el siglo veinte, especialmente el ocurrido en China después de las guerras del opio. En 1909, en la Comisión del Opio de Shanghai la delegación de Estados Unidos, apoyada por China, propuso limitar su uso y el de otras drogas psicoactivas a los "fines

médicos y científicos”². Otros países se opusieron a los esfuerzos para controlar internacionalmente a sus florecientes industrias farmacéuticas. Además, los poderes coloniales que producían y exportaban opio o permitían su consumo sostenían que el uso “cuasi médico” de las drogas era legítimo y que la regulación de los mercados era mejor que la prohibición total de los usos “no médicos o científicos.”(COLLINS, 2015; THOUMI, 2015)La Comisión produjo una serie de recomendaciones no vinculantes y no apoyó la propuesta estadounidense y china. (THOUMI, 2016)

Tiene, además de sesgo, una decidida intencionalidad geopolítica. Las evidencias que surgen de un meta análisis y de las secuelas y consecuencias de esta guerra son contundentes. Incluso, en el origen mismo de la temática del opio, hay un nudo comercial y de carácter geopolítico indubitable.

Nada en este modelo prohibicionista, que se presenta como un grito de salvación moral, ha sido ingenuo. La obra *Géopolitique des drogues* de Alain Labrousse (2011) (fallecido hace pocos días) sigue siendo una referencia obligada (su versión en español tuvimos el honor de presentarla en Uruguay).¹ Hay otros trabajos con esta temática que generalmente no es incorporada como variable interpretativa del enfoque de guerra contra las drogas.

Bajo la consigna de la Guerra contra las Drogas toda América Latina quedó bajo el influjo omnipresente de la DEA y del Comando Sur de los EEUU. El rol de la lucha contra el narcotráfico y del enfoque de guerra que le asignan a las FFAA tareas en el tema, han sido la vía para esta presencia militar extra regional y de vías de cooperación militar.

Por otra parte, amén que la lucha contra el crimen organizado es una típica tarea policial, nunca hubo un equilibrio y balance en el tratamiento de la delincuencia organizada, que fue el argumento de intervención. Mientras el control del flujo de la cocaína de Sur a Norte fue el centro de la represión, el flujo de armas, en sentido de

¹ Publicado en Francia, Colección *Que sais-je?* de Presses Universitaires de France (tres ediciones 2004, 2006, 2011) y en portugués en 2010. Se coedita en castellano por Ediciones Trilce (Montevideo), Lom ediciones (Santiago de Chile), Plural editores (La Paz), Icono Editorial (Bogotá) y Marea Editorial (Buenos Aires) simultáneamente.

Norte a Sur, desde mercados totalmente des regulados de producción, venta y distribución de armas estuvo totalmente ausente. La delincuencia organizada trasnacional funciona como grandes empresas multinacionales, con todo un know how empresarial y diversificación de rubros, mercancías y productos que logren acumular ganancias y de acuerdo a la gran movilidad de rutas y mercados. Giran en torno a varios rubros: drogas, trata de personas, armas de fuego. Las terminales de lavado de dinero, por el cual el capitalismo financiero se sigue nutriendo del flujo de dólares (tengan o no olor a cocaína) siguen teniendo nombres bien concretos y necesidades estructurales bien determinantes.

A principios de los 90, la Escuela Superior de Guerra de Brasil e Itamaraty analizaban con gran preocupación, el collar de bases y equipos militares desplegados alrededor del espacio amazónico (Base de Mantua, bases militares en Peru y Bolivia para lucha contra el narcotráfico. Luego vino el Plan Colombia. Hubo un quiebre importante en esta avanzada. Se llegó a definir que, en todo caso, el control aéreo de esa zona, incluido problemas de narcotráfico, y todas las decisiones (incluidas las opciones tecnológicas) eran resorte soberano de Brasil. Ha sido un problema de Brasil y de toda Suramérica. Por ello, fue precisamente en la Cumbre de Jefes y Jefas de Estado de UNASUR, celebrada en Bariloche en 2009 donde se definió al espacio suramericano como Zona de Paz y se recomendó el levantamiento de todas las bases militares y retiro de personal militar extra regional de America del Sur.

Otra dimensión de las complejidades: qué significa la circulación de estas peculiares mercancías que son las drogas? Porque las drogas son mercancías con valor de uso y de cambio. *Comodities* especiales, que circulan en mercados lícitos e ilícitos. Las de circulación ilícita son por tanto mercancías potenciadas y sobrevaloradas por un sistema de prohibición, que promueve una economía ilícita, pero en conexión con la economía formal vía lavado de dinero. Todo Mercado aspira inevitablemente por maximizar ganancias, ampliar y segmentar con nuevos *comodities*, pugnar por mas consumo. Es la lógica del Mercado. El control a través de la ley penal, no es obstáculo para esta lógica estructural, sino todo lo contrario.

La actual regulación del Mercado de las drogas ilícitas, esta hoy, en manos de organizaciones criminales, en perversa integridad con la proliferación de agencias de control gubernamentales y usando como herramienta la interdicción y aplicación de la ley penal. La evidencia de este enfoque es contundente: cárceles superpobladas, mayoritariamente de usuarios y pequeños ofensores, lesión a derechos fundamentales, incrementaron de la violencia, re exclusión y marginación de grupos ya vulnerables. Para proteger el bien publico, incluida la salud publica y el régimen de derechos, hay que regular al mercado a partir de herramientas eficaces en manos del Estado y la sociedad.

Han comenzado a surgir otros mecanismos de regulación del Mercado de sustancias psicoactivas. Las experiencias que se desarrollan en Washington, Colorado, Alaska y Oregon,(ademas de los Estados con "cannabis medicinal"). El voto y la instrumentación de la Ley 19.172 en mi pais, Uruguay. El anuncio de legalización en Canada para el año próximo. Todos intentos de controlar y regular ese mercado de una manera mas humana, mas eficiente. Mas apegado a la salud publica y al respeto de derechos y garantías. Definir un espacio legal de consumo seguro, auspiciando la reducción de daños y la co gestión de riesgos es un paso hacia garantizar el derecho a la salud y la seguridad humana. Una relación diferente, amigable, de los usuarios de cannabis y el Estado. Es un mercado disputado y quitado al narcotráfico. Será un nuevo mecanismo de control, sano y seguro, definido por la ley y regulado por el Estado en co responsabilidad con la sociedad civil.

Hay que anotar también, las experiencias ya en curso, de regulación del cannabis de uso medicinal en Colombia, Chile, Jamaica.

También tenemos que anotar, otro tipo de regulaciones, como la desarrollada en Bolivia con la erradicación consensuada de los cultivos ilícitos de hoja de coca.

O con las drogas de circulación lícitas como regulación del tabaco en virtud del Convenio Marco para el Control del Tabaco, que no significa un sistema prohibicionista ni la criminalización, sino estricta regulación. O los diseños para control del alcohol que se vienen intentando como una urgente necesidad de salud publica.

La regulación de los mercados desregulados y opacos que favorecen las operaciones *off shore* de sociedades anónimas y el control de la actividad bancaria, también, en cierta medida, puede inscribirse en las avanzadas regulatorias que intentan ponerle frente al mercado.

Avanza además, esta publicación con las investigaciones que registra son un aporte sustancial, un nuevo giro conceptual y nueva complejidad. Poner el foco de luz del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. No solo como adjetivo decorativo. Sino como eje central explicativo del fenómenos sociales, tanto para el análisis como para el diseño de políticas. Sencillo: humanizarlo. Volverlo al terreno de los seres humanos, de las personas que viven, padecen, tienen ilusiones, consumen, tienen proyectos, aspiran a gozar y arriesgas placeres inherentes a su humana condición. Que tienen, vaya, derechos. El derecho a la salud. El derecho al goce. El derecho privado a todo aquello que sin perturbar el derecho de otros y los vínculos sociales, no son de incumbencia de los magistrados. El derecho a la paz y la seguridad. El derecho a un proceso justo. En rigor, y de acuerdo a las mas abyectas interpretaciones que aplican pena de muerte por ofensa menores en drogas, el derecho a la vida y a un proceso justo.

He acuñado un giro conceptual, que denominé "Descentramiento Positivo". Proviene de técnicas de abordaje clínico (individual y grupal) y he pretendido adaptarla a la hora de construir orientaciones políticas sobre drogas. Quitar el centro de atención en las sustancias, descentrar del estereotipo joven-droga-pobre-delincente, descentrar del foco alarma publica, del foco tabú expiatorio de la sociedad. Descentrarlo de la captura reduccionista medico psiquiátrica. Descentrarlo del foco que políticamente se pone en los sectores de marginación social y re dirigir las responsabilidades de sectores pudientes que tras la sed de ganancia y consumo hacen mas daño que los excluidos. Poner una distancia optima para poder pensar el problema, operar y promover una corresponsabilidad para gestionar los riesgos. Descentrarlo admitiendo que hay políticas que no están enfocadas a las drogas y son de aporte a la problemática. Y al revés, también.

Un movimiento inverso, también es necesario. Cuando hablo de “Positivo” debería decir Proactivo. Porque *descentrar* no es *desentenderse*. Ni de los daños y riesgos eventuales, ni de problemáticas que traen todo el circuito de las mercancías drogas y la constelación de problemas sociales, sanitarios y de seguridad que realmente se despliegan en nuestros Estados y en nuestras sociedades. Incluido los daños que ocasionan las políticas de drogas. Hay, por otra parte, una real y justa cooperación internacional que debe asumirse desde una óptica de responsabilidad común y compartida, quizás intentando un grado de equidad mayor para repartir los costos humanos y sociales mas justo.

El sistema prohibicionista nació y es heredero de la Convención Internacional del Opio celebrada en La Haya en 1912. Tan solo tres años después, Albert Einstein publicaria la Teoría de la Relatividad General. Dos años para que explotara la primera guerra mundial con el desgarramiento humanitario que supuso una ruptura civilizatoria con la secuela de muerte y que volvería a repetirse veinte años después. Acontecimientos que fueron un giro copernicano en varias dimensiones. Han ocurrido desde entonces, varios sismos epistémicos, sociales, humanitarios. Sin embargo, poco se ha conmovido, ni ha cambiado un ápice, el sistema de fiscalización de drogas en mas de cien años. Insólito.

La Convención Unica de 1961 (aprobada a solo pocos años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos) que resume los acuerdos que se desarrollaron desde aquel evento de La Haya, sigue rigiendo en forma inmutable, sin revisiones, sin autocríticas, sin percibir los cambios de paradigma científico. Las Convenciones del 72 y del 88 no hacen mas que profundizar el enfoque mas prohibicionista y represivo.

Se asemejan mas, a una Bula Papal de la época de la Inquisición, que santifican todo tipo de acciones contra Satanás-Droga. Sobre la incorporación del sistema internacional de Derechos Humanos, nada. No existía tal tema.

La ONU desde su nacimiento ha realizado 29 Sesiones Especiales de la Asamblea General de Naciones Unidas por temas importantes. Tres de ellas, para abordar el problema de las drogas. Una es-

tadística significativa que muestra al menos no solo la importancia del tema, sino quizás la insuficiencia de sus acuerdos.

La Sesión Especial de la Asamblea General de 1998 fijo un Plan de Acción que prometía un “Mundo Libre de Drogas”. En diez años, se prometía, se erradicaría sino el total, al menos la mayor cantidad de cultivos de hoja de coca, cannabis y adormidera. A los diez años no se confronto ni evaluar lo que a todas vistas fue un rotundo fracaso. No solo por no lograr estos objetivos, sino porque la situación es particularmente mas critica en todas las dimensiones. Una auto-crítica impensable, entre otras cosas, porque tendría que admitirse que las políticas de drogas han causado mas daños, que las drogas mismas. Como lo acaba de afirmar el Dr. Kofi Annan. Que en 1998 era Secretario General de NNUU e hizo un brindis al finalizar dicha Sesión Especial, augurando el éxito de dichos objetivos. Hoy, luego de asumir con coraje intelectual y político (que merece todo nuestro respeto) el error y fracaso de ese enfoque, se ha convertido en un crítico severo del sistema prohibicionista e integra con otras personalidades la Comisión Global para Políticas de Drogas.

Soy optimista. Creo que esta obra, resultado de una ardua recopilación e investigación con el esfuerzo conjunto de la *Universidade Federal de São João del-Rei* y de la *Universidade Federal de Juiz de Fora*, aborda un nudo central. Una producción de un vinculo que jurídica, política y académicamente ha sido siempre escamoteado: política de drogas y derechos humanos.

Si nos tomamos el trabajo de recorrer la lectura de las tres Convenciones que se supone son la piedra angular del sistema, descubriremos fácilmente que, (salvo en una mención marginal del artículo 14 de la Convención del 88) en ninguna se hace mención ni a derechos, ni derechos humanos, ni a garantías, ni libertades. Nada. No existe ese leguaje.

A pesar que la Convención Unica del 61 se redactó a solo 13 años que la Asamblea General de ONU había aprobado la Declaración Universal de Derechos Humanos. El mundo de las drogas permaneció inmune a estos temas de tanta importancia jurídica, política y humanitaria. Solo manifestaciones de la sociedad civil, avances en

algunos Estados y Regiones intentarían otro camino. Con muchas dificultades y gran indiferencia.

El tema, con profundidad y firmeza, sería planteado en el 51º Periodo de Sesiones de la Comisión de Estupefacientes de NNUU en el año 2008.

Uruguay celebrando el 60 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, presento un texto de Declaración, que había sido acordado con organizaciones de la sociedad civil y que fuera co patrocinada por Argentina, Bolivia, Suiza y el apoyo de la Union Europea. En ella que hoy se conoce como Resolución 51/12 (UNITED NATIONS. COMMISSION ON NARCOTIC DRUGS, 2008), se postula la "debida integración de los instrumentos de DDHH con el sistema internacional de fiscalización de drogas." Se aprobó luego de una gran polémica y resistencia. Frente al bloqueo que impedía la votación, llegamos a anunciar que romperíamos la tradición del Consenso de Viena y pediríamos votación.

Ha sido una larga marcha. Redoblemos los esfuerzos por seguir abriendo el debate. Abordando, difundiendo, y promoviendo la discusión con evidencia y aporte científico, incluida las ciencias sociales. Es el tema que produce este libro: "Drogas e Direitos Humanos: Reflexões em Tempos de Guerra às Drogas" y que además de sus virtudes académicas, debe compilarse como un gran aporte a la Paz.

Porque hay que terminar definitivamente con el incremento de la violencia por parte de los Estados, que deben ser garantes de la paz y seguridad. Es un aporte para que miles y miles de hombres y mujeres dejen de ser criminalizados injustamente por el uso o la tenencia de drogas, que no constituye delito alguno, y en todo caso serian, si lo amerita, sujetos de derecho a la salud. Un aporte para ampliar los derechos. Porque debatir y poner en cuestión estos temas, es un derecho. Hay resistencias al cambio. Todavía hay mentes rígidas que siguen apostando a la guerra. Algunas por falta de amplitud. Otros por ser parte interesada en que esto no cambie. Este matrimonio, drogas y derechos humanos es necesario. Es un antidoto indispensable. Tanto para encontrar una dirección de encuesta y discernir algunas claves del problema social complejo que se ha

nominado "drogas". También como aviso, un tanto desesperado, hacia el activismo y organizaciones de defensa de los Derechos Humanos que deben incorporar en sus agendas este tema insoslayable: las continuas violaciones a los Derechos Humanos que se cometen en el diseño y ejecución de las políticas de drogas. Por todo ello, terminemos cantando, nuevamente:

*Nas escolas, nas ruas
Campos, construções
Somos todos soldados*

*Armados ou não
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Somos todos iguais
Braços dados ou não*

*Os amores na mente
As flores no chão
A certeza na frente
A história na mão
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Aprendendo e ensinando
Uma nova lição*

*Vem, vamos embora
Que esperar não é saber
Quem sabe faz a hora
Não espera acontecer
(Geraldo Vandré)*

REFERÊNCIAS

LABROUSSE, A. **Géopolitique des drogues**. Paris: Presses Universitaire de France, 2011.

THOUMI, F.E. Reexamen de las bases “médicas y científicas” en la interpretación de las convenciones internacionales de drogas: ¿será que el “régimen” está desnudo? Fundacion Friederich Ebert. Seguridad. **Analisis**, v.1, 2016. Disponível em: <<http://library.fes.de/pdf-files/bueros/la-seguridad/12547.pdf>>. Acesso em: 12 jan 2016.

UNITED NATIONS. Commission on Narcotic Drugs. Report on the fifty-first session

(28 November 2007 and 10-14 March 2008). **Economic and Social Council**, New York, n.8, 2008. Disponível em: <www.undocs.org/E/CN.7/2008/15>. Acesso em: 39 dez 2008.

Apresentação

“PRA NÃO DIZER QUE NÃO FALEI DAS FLORES”:

reflexões sobre direitos humanos em tempos de Guerra às
Drogas

A realidade sociopolítica contemporânea tem expressado quadros de desigualdades e opressões históricas constituintes do cotidiano de inúmeras cidades e países em todo o mundo. Como corolário deste cotidiano, a existência humana atravessada pela violação de direitos tem ocupado o debate entre diferentes atores e instituições, em que pesem as diferentes análises, compreensões e propostas de saídas. Muitos são os entraves à edificação de um modo de vida justo: pobreza e miséria, violências de inúmeros tipos, retração e instabilidade dos postos de trabalho e consequente desemprego e/ou subemprego estruturais, extermínios de grupos étnicos, guerras e invasões de territórios nacionais, especulação econômica com previsão de ganhos desigualmente distribuídos, práticas de higienização e reclusão outorgada de contingentes populacionais em que se inserem pobres, negros e usuários de drogas.

No cenário vigente, marcado por tensionamentos em uma organização social constituída a partir de contradições, uma brisa no

calor do deserto parece ser a defesa em torno dos Direitos Humanos (DH). Trata-se de um conjunto de prerrogativas que fazem parte da história ocidental, com versões oriundas desde a Revolução Francesa, culminando na difundida Declaração Universal dos Direitos Humanos capitaneada pela Organização das Nações Unidas em 1948.

A Declaração procura delimitar um conjunto de direitos universalmente assegurados a todo e qualquer ser humano. Entretanto, apesar de se configurar como estandarte de luta, é preciso demarcar os limites dos direitos preconizados pela referida declaração. Ocorre que as prerrogativas nela presentes não têm conseguido concretizar-se em sua integralidade, uma vez que estamos imersos em uma sociedade de classes, permeada por desigualdades e opressões. Tais circunstâncias impõem barreiras concretas aos direitos ditos universais e abstratos presentes na Declaração.

Ademais, em relação aos direitos humanos, vale sinalizar que comumente acompanhamos atores e instituições, progressistas ou conservadores, que se valem retoricamente do potencial emancipatório emanado pelos dispositivos da Declaração. Isso nos remete a outra questão: por que diferentes atores, representantes de setores em antagonismo de classe, empregam e defendem os direitos humanos sustentando posições diametralmente opostas sem que isso, aparentemente, recaia em uma contradição? Uma explicação possível é a existência de diferentes leituras e interesses ocultos e/ou ambiguidades na defesa dos direitos humanos por parte da sociedade civil. Ou, ainda, pode ser que a retórica dos direitos humanos sirva, quando empregada equivocadamente, para atender grupos interessados em manter situações tradicionais de poder e dominação.

Nesta perspectiva é importante salientar que os direitos humanos podem ser utilizados – e vêm sendo invocados – como argumento para a proposição de políticas conservadoras, que propõem a ampliação de práticas proibicionistas, a violação de liberdade e a manutenção de opressões históricas em nome da garantia do *status quo*. Isso deve alertar aqueles ocupados em um fazer crítico e com perspectivas emancipatórias, requerendo explicitar os fundamentos ético-políticos de base ao empregar os direitos humanos como estratégia e horizonte de trabalho.

Por conseguinte, dentre as diferentes concepções dos direitos humanos, pode-se apelar para categorias centrais como liberdade, igualdade, cidadania sem necessariamente ter um compromisso com a concretização de tais princípios na promoção de uma vida ética, com mais justiça e menos desigualdade, que contemple a todas e todos. Ou seja, os mesmos atores que defendem a liberdade e a igualdade como princípio de organização civil e política, podem ser aqueles que violentam, segregam e impedem que grupos como mulheres, negros e homossexuais tenham suas demandas reconhecidas pelo Estado. Podem ser aqueles que propõem ações que desrespeitam direitos, tratados internacionais e a soberania nacional, e sempre sob o manto dos direitos humanos.

Em razão desta confusão de usos e práticas, como os direitos humanos podem ser acionados como estratégias de luta e mediação para resistirmos à barbárie humana, social e ambiental à qual as elites mundiais nos conduzem?

Isso nos remete à adoção dos direitos humanos como processos de luta que devem ser realizados por mulheres e homens concretos, não se encontrando em estágio final, mas abertos a análises e ações que tenham como direção a emancipação política e humana. Nessa direção, os direitos humanos são entendidos como um meio, mas não como fins em si mesmos. Trata-se da defesa de um conjunto de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais que podem fortalecer a construção de um horizonte de cidadania plena para sujeitos individuais e coletivos. Concebemos que não se trata de direitos naturais e já conquistados, portanto, eternamente assegurados. Compreendemos que as leis que dão visibilidade a tais direitos são expressões das lutas sociais. Portanto, não estão desvinculadas das determinações econômicas e sociais nas quais tais direitos são pleiteados e sob as quais foram, historicamente, conquistados.

Para tanto, fortalecer as ações em prol dos Direitos Humanos, tidos como concretização de um processo de lutas e conquistas, historicamente contextualizadas, pode ser um caminho produtivo para pensarmos as políticas sobre drogas. O uso prejudicial de álcool e outras drogas, como fenômeno que mobiliza ações de saúde, segurança pública, legislativas, judiciárias etc. afeta os países latino-ame-

ricanos em vários níveis – em que se pese sua localização específica na geopolítica internacional – em face dos danos diretos e indiretos causados às pessoas e populações impactadas pelo uso ou pelo tráfico. O paradigma proibicionista, que sustenta as moralizações maniqueístas da questão das drogas em torno daquelas prescritas (lícitas) e proscritas (ilícitas), também dá guarida para práticas de punição e encarceramento de grupos sociais historicamente oprimidos e explorados de nossa realidade. Pesquisadores e instituições têm denunciado que se encontra em curso um verdadeiro genocídio contra jovens negros que habitam as periferias urbanas brasileiras, de algum modo relacionado com a economia do tráfico como alternativa para sua sobrevivência. Considerando, em especial, o caso brasileiro, os gestores públicos têm hesitado em assumir, nas suas diferentes esferas de governo (municipal, estadual e federal), a responsabilidade pela implantação de serviços próprios ligados às políticas de saúde e assistência social para oferecer cuidados integrais às pessoas que usam drogas, o que tem levado à persistente abertura de espaços de tratamento sem qualidade técnica e sem compromisso ético. Além disso, o entrecruzamento das práticas sociais impetradas pelos aparatos médico e jurídico, pautados por ações conservadoras e moralizantes, impede um debate apropriado sobre o lugar das drogas em nosso cotidiano, aumentando os estigmas e preconceitos. O uso de drogas é uma prática secular, que faz parte de nossa história como civilização, demandando análises que deem conta de compreender as particularidades de seu consumo no tempo histórico em que vivemos, visando o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, educação, assistência e segurança pública que assegurem os direitos humanos.

Neste cenário, consideramos que a discussão dos Direitos Humanos, empregada na construção de uma agenda de trabalho que vise à oferta de ações de cuidado e proteção às pessoas que vivem problemas devidos ao uso de drogas, possa e deve ser acionado como maneira de nos fazer lembrar que nada é natural, tampouco o arcabouço legal e jurídico sob o qual nos inscrevemos. Para tanto, a resposta não está dada, mas está a construir-se a partir dos diferentes sujeitos políticos implicados na construção de uma vida em

sociedade que tenha um horizonte ético e emancipatório para todos e todas.

O V Congresso Internacional sobre Drogas (CID) e o II Seminário de Pesquisa e Extensão em Álcool e Drogas (SEPEAD), ocorridos de 5 a 7 de novembro de 2015, resultaram de um esforço conjunto do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (CREPEIA), da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e do Programa de Extensão Eiras e Beiras: Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas, da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Isso viabilizou a proposição de uma programação científica que contemplou a temática geral dos direitos humanos nas políticas sobre drogas considerando a multiplicidade e amplitude de aspectos da área. O evento ocorreu no município mineiro de São João del-Rei, uma das maiores cidades setecentistas e um dos polos das regiões Sul e Sudeste de Minas Gerais.

Proporcionou-se a divulgação e o intercâmbio da produção técnico-científica e das inovações acerca da prevenção, tratamento, recuperação, reinserção social, redução de danos e redução da oferta, voltados para profissionais e gestores vinculados à rede interseccional de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, e para pesquisadores e alunos de graduação e pós-graduação, fomentando o debate acerca da necessidade de garantia dos direitos humanos na implementação das políticas públicas. As mesas redondas e conferências internacionais abordaram a formação para as políticas públicas sobre álcool e outras drogas na perspectiva dos direitos humanos, os cuidados voltados para a população em situação de rua, as internações compulsórias para pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e drogas e a política criminal de drogas.

Os capítulos que compõem a presente coletânea são oriundos de convites realizados aos pesquisadores, professores e profissionais que compuseram a programação do V CID e II SEPEAD para consolidar as apresentações realizadas no evento em uma produção escrita. O convite foi estendido a outros atores, com relevantes experiências na área de álcool e outras drogas, visando oferecer uma

panorâmica do campo dos direitos humanos nas políticas sobre drogas na América Latina já ampliada em decorrência da fertilidade do debate contemporâneo no campo. Para a concretização do evento tivemos o apoio financeiro de diversas agências de fomento, a quem agradecemos: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). No tocante à presente publicação, mais especificamente, é preciso registrar que foram fundamentais os apoios do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) e do Centro Regional de Referência para Formação em Políticas sobre Drogas da UFSJ (CRR-UFSJ).

O livro foi organizado em quatro seções que abordam diferentes aspectos em enfoques relacionados ao tema Drogas e Direitos Humanos. A Seção 1, “Uso de Drogas e Direitos Humanos: Considerações sobre a América Latina”, é aberta, em seu Capítulo 1, por Raquel Peyraube, intitulado “Estigma de las Personas que Usan Drogas, Cuidados de la Salud y Derechos Humanos en América Latina”. Nele, a autora apresenta os impactos causados pela estigmatização de pessoas que usam drogas, em especial na área da saúde e como tal processo impacta os direitos dos usuários, mais especificamente no contexto da América Latina. Ela ainda discute que os profissionais de saúde são muitas vezes os principais estigmatizadores dessas pessoas e finaliza propondo 6 dimensões para a mudança de tal situação: 1) teórica, 2) científica, 3) ética, 4) comunicacional, 5) legal e 6) comunitária.

O Capítulo 2, por sua vez, escrito por Fernando Santana de Paiva e Pedro Henrique Antunes da Costa, “Desigualdade Social, Políticas Sobre Drogas e Direitos Humanos: Uma Reflexão Sobre A Realidade Brasileira” apresenta uma discussão sobre como as desigualdades sociais interpelem diretamente a vida de pessoas e grupos sociais, considerando os recortes de classe, raça/etnia e gênero. Os autores consideram que no âmbito da sociedade brasileira tais grupos apresentam seus direitos aviltados, a partir de uma organização social que legitima a opressão e dominação, a partir da negação de direitos humanos fundamentais, bem como patamares de

cidadania. Portanto, é imperioso compreendermos como o uso de drogas se inscreve em meio a este modelo desigual e opressor de sociedade, lançando uma crítica específica à capacidade das políticas sobre drogas brasileiras em enfrentar tais desafios, haja vista que seus resultados mais prementes têm sido a punição e a negação de direitos, em especial aos sujeitos provenientes das classes subalternas de nosso país.

No Capítulo 3, “Políticas de Drogas en Colombia y su interrelación con los derechos humanos”, Guillermo Alonso Castaño Perez e Andrés Felipe Tirado Otálvaro, ambos de Medellín, trazem um abrangente resgate histórico das políticas sobre drogas na Colômbia, registrando a relevante posição que o país tem ocupado na geopolítica mundial da “guerra às drogas”. Indicam que, apesar de haver avanços normativos no sentido da garantia dos direitos humanos, as políticas antidrogas colombianas têm produzido aumento dos níveis de violência, deslocamento das populações camponesas e rurais pela erradicação forçada das plantações e ampliação do encarceramento por delitos relacionados ao tráfico. Os autores centram seu debate nas consequências de tais políticas na criminalização do consumo e na atenção socio sanitária aos usuários de drogas.

O Capítulo 4, “Política Sobre Drogas en México y su interfaz com los Derechos Humanos”, de Marcela Tiburcio Sainz e Shoshana Berenzon Gorn, discute sobre a imperiosa necessidade de revisão da normatividade vigente no que tange ao uso de drogas, fragmentada entre questões de saúde, segurança nacional e liberdade individual. Fazem uma revisão histórica políticas de drogas no México, realizando um balanço acerca da legislação acerca do pequeno tráfico do país. Destacam as consequências da “guerra às drogas”, dentre elas o aumento da violência, da delinquência, da violação de direitos civis e a degradação do meio ambiente. Finalmente, apontam desafios para a reforma das políticas sobre drogas no país, considerando fundamental, dentre outras questões, investir no acesso de usuários de drogas aos serviços de saúde para garantir uma política de atenção integral.

A Seção 2, tratando da temática “Formação para os Direitos Humanos de Usuários de Álcool e Outras Drogas”, é iniciada pelo

Capítulo 5, “Os desafios para a formação em álcool e outras drogas baseada nos Direitos Humanos”, no qual Gilberta Acselrad, debate desafios para processos de formação sobre álcool e outras drogas na ótica dos direitos humanos, posto o discurso jurídico-repressivo das políticas antidrogas. Questiona o reducionismo da noção de *dependência química*, o que exige um repensar acerca do mal supostamente inerente às drogas presente na perspectiva da prevenção do uso “indevido” em um corte mais higienista. Aponta, assim, elementos para sustentar a atuação dos educadores no que se refere ao campo das drogas tendo em vista uma educação para a autonomia.

No Capítulo 6, “Os desafios do setor saúde para a formação em álcool e outras drogas baseada nos Direitos Humanos”, João Mendes, Eroy Silva, Yone Moura, Amanda Reinaldo e Ileno Costa abordam os desafios para a superação de uma formação ainda pautada no paradigma biomédico, considerado como uma estratégia de dominação do Estado capitalista. O texto sinaliza a ineficiência dos profissionais da saúde em abordar a temática das drogas em seus contextos de atuação, e apostam no processo de educação permanente, pautando-se na ética e na redução de danos como perspectivas de formação na área, com vistas a assegurar um cuidado que se oriente pela liberdade e autonomia dos sujeitos usuários de drogas.

O Capítulo 7, “Os desafios do setor de assistência social para a formação em álcool e outras drogas baseada nos Direitos Humanos”, de autoria de Andréa Leite Ribeiro Valério e Wanderson Flor do Nascimento, levanta questões relacionadas à necessidade de uma formação baseada nos princípios da bioética e redução de danos entre os profissionais inseridos nos dispositivos da Política de Assistência Social. Os autores se fundamentam na noção de colonialidade para refletir sobre a estrutura de hierarquias e opressões vivenciada no cotidiano social, que impacta diretamente as práticas profissionais, em especial, ao tratarem dos sujeitos usuários de drogas, inseridos em condições de pobreza e vulnerabilidades. Os autores apostam na necessidade de uma reflexão sobre a prática profissional no âmbito desta política social, com vistas a não estigmatização do usuário de drogas, bem como a adoção de ações alicerçadas no paternalismo e conservadorismo.

No Capítulo 8, “Os desafios do setor segurança pública para a formação em álcool e outras drogas baseada nos Direitos Humanos”, Pedro Paulo Gastalho de Bicalho, Roberta Brasilino Barbosa e Thiago Colmenero Cunha tratam da política de segurança pública contraditoriamente direcionada para grupos específicos de nossa sociedade. Os autores se valem do conceito de subjetividade para problematizar como os aspectos de insegurança produzidos em meio ao capitalismo se expressam nas práticas institucionais do aparato policial, as quais são essenciais para o gerenciamento do sistema. Ademais, questionam a naturalização e universalização do que se convencionou denominar por crime e criminoso, haja vista a ideologia da defesa social pujante na contemporaneidade. Por fim, os autores criticam o paradigma proibicionista vigente no campo da segurança, em prol da construção cotidiana dos direitos humanos dos sujeitos usuários de drogas.

A Seção 3, “Política Criminal sobre drogas e os Direitos Humanos”, é aberta com o Capítulo 9, abordando “Considerações Sobre as Políticas Criminais, Drogas e Direitos Humanos”, de Maria Lucia Karam. Nele, a autora faz uma crítica à formulação das leis internacionais sobre drogas, baseadas na criminalização do uso e do usuário e influenciadas pela estratégia de Guerra às Drogas, de cunho proibicionista e demonstra o quão nocivo tal ênfase foi para o Brasil e para o mundo. A autora apresenta alguns argumentos para a necessidade de mudança de tal enfoque na direção da defesa dos direitos humanos.

O Capítulo 10, “Direitos Humanos e Convenções Internacionais de Drogas: em Busca de uma Razão Humanitária nas Leis de Drogas”, de Luciana Boiteux, Luciana Peluzio Chernicharo e Camila Souza Alves, analisa as políticas internacionais sobre drogas fazem uma crítica de como tais políticas e leis violam os tratados internacionais de direitos humanos e propõem uma revisão em especial de ações repressivas para que garantam os direitos de pessoas que consomem drogas.

No Capítulo 11, “Considerações sobre drogas, sistema carcerário e criminologia crítica”, Adriana Eiko Matsumoto e Sarah

Gimbernau Gimenez empreendem um exercício crítico-reflexivo, a partir da criminologia crítica, acerca da política criminal sobre drogas no Brasil, especificamente a realidade das mulheres estrangeiras presas. Nesse sentido, as autoras apresentam, inicialmente, um quadro panorâmico sobre a estratégia de ação repressiva do Estado para com parcelas específicas da população, para, posteriormente, discutirem o encarceramento de mulheres estrangeiras, a partir de um estudo exploratório que desenvolveram, a partir de uma perspectiva abolicionista.

No Capítulo 12, “A maconha no Brasil: independência nacional e direitos humanos”, de Henrique Carneiro, o autor registra o processo histórico de proibição da *cannabis* no Brasil, demarcando, porém, que o proibicionismo tem ancestralidades em território nacional ao resgatar a proibição do tabaco e da bebida alcoólica no Brasil. Sustenta, em sua discussão, a relevância econômica da *cannabis*, tanto no que tange à produção de fibras têxteis, quanto no tocante aos benefícios decorrentes da regulamentação dos usos recreativo e medicinal. Para o autor, o debate regulacionista deve comportar um projeto de soberania nacional.

Finalmente, na Seção 4, se tematizam “Direitos Humanos no cuidado à saúde de pessoas em Situação de Rua.” Esta seção é introduzida pelo Capítulo 13, “Os Sujeitos e a Exclusão: Das Práticas de Cuidado à Iatrogenia dos Movimentos de Resistência”. Antônio Nery Filho e Patrícia Von Flach, a partir das seminais invenções oriundas do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CE-TAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), inspiradoras para experiências de Norte a Sul do Brasil, registram a singularidade das resistências presentes em três tipos de encontros: na rua, junto da vida que resiste; com as Equipes de Rua, pela resistência às iatrogenias do *fazer o bem*, e com os Gestores, pela resistência às políticas antidrogas.

O Capítulo 14, intitulado “A rede de cuidado das pessoas que usam crack e outras drogas: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da Vulnerabilidade e Direitos Humanos - uma perspectiva intersetorial”, de Rossana Rameh-de-Albuquerque, Marilyn Dione de Sena-Leal, Renata Almeida e Alda Roberta Lemos Campos-Bou-

litreau, discorrem sobre o cuidado com as pessoas que usam crack e outras drogas, por meio das seguintes experiências: o Programa Mais Vida de Redução de Danos, implementado em Recife no ano de 2004; e o Programa Atitude, do estado de Pernambuco. Levando em consideração esse cenário, as autoras trazem reflexões pertinentes para se pensar o cuidado às pessoas que usam crack, levando em consideração um horizonte pautado nos direitos humanos, a partir de abordagens abrangentes e contextualizado.

No Capítulo 15, Danielle Vallim traz, em “Experiências do Rio de Janeiro e Nova Iorque com o trabalho com pessoas em situação de rua” cenas de consumo abusivo de crack e outras drogas em dois centros urbanos. A riqueza metodológica da pesquisa nos permite percorrer ruas e moradas tecendo encontros com usuários e profissionais nos territórios de uso. O artigo nos convoca a repensar práticas de redução de danos oferecendo espaços assistidos na rua para o uso de drogas.

Pretendemos com essa obra provocar reflexões, questionamentos e discussões da temática de drogas na perspectiva de Direitos Humanos, uma vez que nos tempos atuais observamos uma série de ameaças e retrocessos na área. Portanto, para além de um livro acadêmico, pretendemos claramente marcar uma posição política em defesa dos direitos dos cidadãos usuários de drogas. Esperamos que tal livro alcance de fato tais objetivos.

Juiz de Fora e São João del-Rei, junho de 2017.

Marcelo Dalla Vecchia

Telmo Mota Ronzani

Fernando Santana de Paiva

Cássia Beatriz Batista

Pedro Henrique Antunes da Costa

SEÇÃO 1:

**Uso de Drogas e
Direitos Humanos:
Considerações sobre a
América Latina**

ESTIGMA DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS. Cuidados de la Salud y Derechos Humanos En América Latina²

Raquel Peyraube

A lo largo del tiempo y de manera evolutiva, las personas que usan drogas (PQUD) han sido investidas de varias identidades: pecador, criminal, enfermo y más recientemente en nuestros días, ser humano. Es en función de esta última identidad que se asiste, cada vez con más fuerza, a la defensa de sus derechos. Sin embargo, esto no se refleja aún en la mayoría de los escenarios en los que se manifiestan los Derechos Humanos (DDHH) y ciudadanos. Este trabajo pretende concentrarse en uno de esos escenarios: *la atención de la salud* y tratar de entender la construcción del estigma que pesa sobre las PQUD, así como proponer algunas estrategias para su deconstrucción y entonces poder avanzar hacia la construcción de una nueva identidad.

² Trabajo escrito en base a la presentación realizada en Drug Policy Alliance Conference, Denver, Colorado – USA “Stigmatization of PWUD and Health Care”

Probablemente muchos de ustedes ya tengan alguna idea de cómo fue construido este estigma desde tempranos años del siglo veinte y reforzado a medida que las políticas de drogas se hacían más ineficientes, pero también más y más inhumanas, moralistas y violentas. (ROLLES et al., 2012) Me focalizaré entonces en cuál ha sido la contribución de los médicos y los “tratamientos de drogas” a la construcción del estigma y las consecuencias que esto ha causado en la población usuaria de sustancias psicoactivas.

Es notorio que cuando los profesionales de la salud hablan del Uso Problemático de Drogas (UPD) y de las políticas de drogas en particular, el prohibicionismo suele ser la elección de una buena parte de ellos, aunque a veces pueden encontrarse posiciones con algunos matices. También es evidente, que habitualmente el estigma no es considerado por ellos como una de las consecuencias negativas del prohibicionismo y de los modelos más frecuentes de atención a la problemática. Tampoco parecen comprender que estos modelos alejan a las PQUD de pedir ayuda y hacen la situación más grave. Esto puede ser explicado porque no hay conciencia del dolor que causan, o bien porque aún no se han dado cuenta de que, entre otros factores, el estigma es una consecuencia de su actitud hacia ellas. No puedo dejar de mencionar a aquellos que consideran y manifiestan explícitamente que estas consecuencias negativas son merecidas por estas personas por haberse desviado del “camino del bien”.

Veamos cuál es el escenario relacionado con los aspectos clínicos y con los tratamientos del UPD. Los puntos que se señalan a continuación describen el escenario Latinoamericano en particular. (OPEN SOCIETY FOUNDATION, 2016) En Europa del Este, Asia y África en algunos casos el panorama puede ser aún peor, mientras que en Europa, a partir de mediados de los ‘80 y con el advenimiento de las políticas de reducción de daños, se registraron significativos avances y mejoras.

Obviamente, hay excepciones a lo que se enuncia a continuación. No obstante, las políticas de drogas vigentes favorecen y toleran que una buena parte de los tratamientos funcionen de este modo:

- En general no son indicados en base a un diagnóstico personalizado y acorde a las clasificaciones diagnósticas. Es posible que se someta a tratamiento a personas que ni siquiera tienen un trastorno por consumo de sustancias. (APA, 1994; WHO, 2016)
- Frecuentemente son ritualizados y dogmáticos, y más aún cuando son implementados por comunidades terapéuticas de base religiosa, o bien son parte de las acciones de una iglesia. Son abordajes basados en creencias fundamentalmente morales con escaso a nulo rigor científico.
- El castigo, las deprivaciones, las arbitrariedades y la exigencia sádica son consideradas herramientas terapéuticas para tratar “el carácter adicto”, categoría diagnóstica inexistente en cualquiera de las clasificaciones nosográficas validadas: DSM-IV-TR e ICD-10. (APA, 1994; WHO, 2016)
- No hay justicia social para las PQUD: no pueden elegir el tratamiento que estiman más conveniente, adecuado o comfortable, pues no todos los tratamientos están disponibles para la mayoría de ellas por factores económicos.
- No hay evaluación externa y control en la misma medida y del mismo modo que se hace con cualquier servicio de salud.
- No se exige formación profesional para trabajar en estos tratamientos. Basta con haber sido entrenado por el programa en el que se desempeñan. De este modo pasa a ser “operador terapéutico”. En otras ocasiones se considera que la historia previa de dependencia química (DQ) y haber sido paciente del dispositivo en cuestión, es habilitante para la tarea. En la medida que estas personas no tienen una deontología a la que remitir, tampoco son responsables de iatrogenia, por lo que poco importa lo que ocurra en el contexto terapéutico. No hay responsabilidad profesional.
- No hay exigencias éticas (URUGUAY. LEIS, ETC., 2014): los derechos vinculados a la atención de la salud de las PQUD son vulnerados de manera sistemática. Como ejemplo, uno de los derechos violados es el de la confidencialidad. Con frecuencia, estas personas son expuestas al público contando sus dramáticas historias y usados como propaganda institucional. Cuando se señala esta falla, se argumenta que se ha solicitado el consentimiento del involucrado. Sin embargo, es difícil imaginar que estas personas, que terminan creyendo

que han perdido sus derechos, puedan decir que no con libertad. Más aún en una relación asimétrica con alguien que ellas creen que les salva la vida. De igual modo, al inicio no se les explicita todo lo que ocurrirá durante ese "tratamiento" (consentimiento informado), quedando fuera de la información las sanciones y castigos, así como otros aspectos que el aspirante pudiera rechazar si conociera los detalles. Podemos agregar que además de las faltas a la ética de la atención de la salud, se vulneran derechos fundamentales, lo que se confirma al remitirse a la Declaración de Derechos Humanos.³

- La ignorancia del público general sobre cuestiones científicas vinculadas al UPD y la DQ, las creencias sostenidas por cierto tipo de tratamientos, y la falta de reconocimiento de aspectos culturales vinculados al consumo no problemático, hace que todas las PQUD sean pensadas siempre como problemáticas, lo que sumado al concepto de "la escalada", ha llevado a que una persona consumidora de cannabis pueda recibir el mismo tratamiento que otra dependiente de crack o heroína. En un contexto de ilegalidad del consumo de sustancias, evidentemente se refuerza la idea de "problemático" a lo que han contribuido también algunas corrientes psicológicas con sus hipótesis comprensivas. No son infrecuentes las referencias al UPD con el nombre de toxicomanía y toxicómano a la PQUD, terminología que los expertos de este campo hemos abandonado hace muchos años. (OCAMPO, 1988)
- En algunos países, las PQUD son obligadas a tratamiento, a veces ambulatorio, pero en general en régimen de internación. Esta situación es complementaria del concepto de justicia terapéutica. Para profundizar en este concepto puede consultarse a Wexler e Winick (1996). Dependiendo de los países éste puede ser aplicado a cualquier PQUD cuando el uso de la sustancia es considerado un crimen, y no sólo cuando han cometido delitos. Según estos autores referentes en el tema, resulta ser la versión más humanizada de la aplicación de la ley penal; no obstante, sigue siendo ley penal. Por lo tanto, muy frecuentemente, los tratamientos son el brazo sanitario de la ley, y tratamiento y represión devienen en sinónimos. Más grave aún, a veces estos "tratamientos" son más crueles que las propias medidas de la justicia terapéutica, pues quienes trabajan en esta línea aspiran a la flexibilización y humanización de las penas incorporando la dimensión emocional y social de la rehabilitación, mientras

³ Declaración Universal de Derechos Humanos <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

que, como ya se dijo, a veces los tratamientos de drogas, implementan medidas de una crueldad inusitada. (APA, 1994)

- Las descripciones clínicas generalmente muestran a las PQUD como un trastorno de personalidad, frecuentemente del tipo antisocial. (APA, 1994) La relación entre uso de drogas y criminalidad –aún sin ser parte de ella (por tener que vincularse al narcotráfico para comprar o transgredir cultivando para uso personal) –, hace aún más difícil para la población general pensar en estas personas de otra manera que como criminales. A esto se suma que a veces, en casos de dependencias a las drogas de mayor potencialidad adictiva (heroína, cocaína, crack, etc.) –las que además suelen ser costosas–, las personas de menos recursos suelen incurrir en algunas faltas y delitos para financiar su consumo. En realidad, como lo han demostrado las evaluaciones de los tratamientos de prescripción, no es por la dependencia, sino por la falta de disponibilidad de estas sustancias como parte de un tratamiento de reducción de daños (tratamientos de prescripción). Las personas en tratamientos de sustitución y prescripción tienen una incidencia mucho menor, tanto en salud como en conductas infractoras y delitos, tal como lo muestran los resultados de la evaluación nacional e internacional llevada a cabo en los programas de prescripción de heroína en Suiza (CSET, 2010) tanto por investigadores (MARSETE, 2005; RABASA; KILLIAS, 2002) como por la propia OMS, muy a pesar de la opinión de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupeficientes (JIFE) sobre estos programas. (URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 1934) Otras veces, se asiste a una generalización diagnóstica con otro tipo de trastornos, como por ejemplo: son “estructuras perversas”, lo que además, también contribuye a esta percepción de problemático.
- La mala calidad de los tratamientos es frecuente, aún cuando puedan participar profesionales de la salud, y generalmente están orientados a la abstinencia y a tratar el trastorno de conducta, pero no hay un abordaje específico de la DQ propiamente dicha. No es extraño escuchar a profesionales de la salud hablar sobre este tema en un estilo muy poco riguroso, siguiendo el discurso de los programas en los que trabajan, complementados por información no actualizada sobre los hallazgos de la ciencia sobre esta materia, o como se dijera antes, por hipótesis comprensivas de algunas corrientes psicológicas que han sido generalizadas a partir de algunos casos.

- En algunos tratamientos no se permite que los pacientes estén medicados con psicofármacos, argumentando que “es lo mismo que drogarse”, por lo que éstos tienen que padecer además del síndrome de abstinencia, la descompensación de patologías psiquiátricas co-existentes.
- En comparación con cualquier otro problema de salud, la investigación para el desarrollo de tratamientos de base científica y que aborden específicamente la DQ es pobre.
- Malos tratamientos y sus pobres resultados abonan la idea de fracaso y de pacientes irrecuperables. Así, la gente incluyendo sus familias los abandonan. Peores condiciones de vida, crean exclusión social sostenida con el consecuente agravamiento de las condiciones clínicas y sociales.

¿Cómo se llegó a la situación en la que profesionales de la salud suscriben y aún participan en la implementación de muchos abordajes que vulneran los derechos humanos de los pacientes, no promueven su entrada en el sistema de salud y agravan el pronóstico? ¿Cómo se entiende que prácticamente no existan demandas de mala praxis contra este tipo de intervenciones y que no haya regulación sobre lo que es posible y lo que no –como ocurre con cualquier otra enfermedad–, en nombre de la cura o rehabilitación?

La comprensión del panorama descrito sólo es posible en base a la hipótesis de que no se estima que las PQUD tengan derechos a respetar y cuidar. Es posible porque la lógica belicista que atraviesa todas las intervenciones relacionadas con el uso de drogas determina estas acciones pretendidamente “terapéuticas”, acciones que son más que nada medidas de punición y de ajuste a un patrón cultural único. La guerra contra las drogas permite este tipo de “tratamientos” que “rescatan” a las personas y las exhiben como botín de guerra. Es posible porque la moral dominante hace ver a estas personas como desajustadas y marginales, y es imperativo volverlas como rebaño al redil.

Los prejuicios y la moral también determinan qué podemos hacer y qué no con respecto a la educación y las acciones de salud pública. Es así que las estrategias de Reducción de Daños son consideradas apologeticas de las drogas y su uso cuando se

aplican a drogas declaradas ilícitas, a pesar de que es el abordaje privilegiado en las campañas para el control del uso perjudicial de alcohol y tabaco. Parece entonces que el problema no es la Reducción de Daños en sí misma, sino el estatus legal de las sustancias con las que se pretende trabajar. Siendo un problema de salud tan preocupante, es notable que las estrategias para preservar la calidad de vida y la sobrevivencia de las personas no sean implementadas de manera sistemática como parte de una política integral. Creo que, una vez más, el atravesamiento de la ilegalidad y la perspectiva prohibicionista afectan y definen las respuestas posibles. Parecería que es más importante controlar y castigar que cuidar y acompañar.

Sin embargo, no sólo el prohibicionismo no comprende la Reducción de Daños. Es notable que en algunos contextos, aún cuando los que definen las políticas entienden que la Reducción de Daños es una estrategia legítima y válida no la implementan adecuadamente. En algunos países, Reducción de Daños es casi un sinónimo de folletos y material impreso que suele ser escaso de contenidos limitados; parcialmente útil pero sin duda insuficiente. Reducción de Daños implica distribución de insumos y creación de programas a todos los niveles, desde dispositivos de atención y acompañamiento de umbral bajo, centros de acogida y alojamiento, hasta tratamientos de sustitución y mantenimiento, pasando por programas de venopunción higiénica y salas de consumo supervisado. (O'HARE et al., 1992) Sólo se registran experiencias puntuales, generalmente llevadas a cabo por la sociedad civil con escaso apoyo de financiamiento. No hay asignación presupuestaria ni personas idóneas y con la pericia requerida en los organismos competentes al frente de estas políticas. Definitivamente no existen como parte de la política de salud. Políticas e intervenciones pobres para pobres. La justicia social y el derecho al acceso al cuidado de la salud no se cumplen para estas personas, pues dependen de haber tomado la decisión de usar drogas. Esto sí es perverso.

El estigma ligado a las PQUD y a las drogas no permite a esta población beneficiarse de medidas de salud pública. Ha sido evaluado que entre el 60 y 80% de ellos nunca pediría ayuda y particularmente a los médicos. Entiendo que esto está directamente

ligado al papel que los médicos han asumido en este asunto. No han defendido los derechos de las PQUD como se ha hecho por otro tipo de pacientes, y los han abandonado a programas contruidos sobre cosmovisiones que poco tienen que ver con la ciencia. También ha sido estimado que sólo el 10% de las personas que usan drogas de forma problemática se encuentran preparadas dejar de consumir o quieren hacerlo, y que desde que una persona asume que tiene un UPD hasta que pide ayuda pueden pasar entre uno y cinco años. (INCHAURRAGA, 1999) ¿Se condena al 90% restante a no contar con medidas que podrían reducir el impacto de las drogas sobre su salud aumentando el riesgo de deterioro de su calidad de vida y aún de sobrevida por no pedir un tratamiento de abstinencia? Esto también es perverso.

Hay un componente del estigma que entiendo tiene particular interés, no sólo a la hora de comprender cómo se construye, sino también para su desmontaje. Me refiero al concepto de dependencia química (DQ).

¿Cuál es el problema de tener una dependencia química? Creo que el problema es que esta condición física, es vista como un valor anti-libertario, un valor moral. El sistema de creencias y valores del modelo con el que nos integramos en la cultura dominante percibe la dependencia química como un anti-valor del ideal moral y humano que no tolera algunas vulnerabilidades. El mandato social dice que debemos ser libres de sustancias psicotrópicas y la dependencia química socaba ese ideal de libertad, una libertad abstracta y absoluta. No se trata de pensar en una libertad para, libertad de, libertad con. Las personas con DQ pueden tener vidas satisfactorias cuando reciben la atención de su problema de manera específica y adecuada, lo que puede comprobarse en la población que participa de programas de prescripción y sustitución de drogas y de inserción social. Por supuesto que es mejor si no se desarrolla una DQ; pero en el caso de que sí, mucho del impacto negativo que tiene lugar en el curso de la misma depende de la falta de tratamientos de mantenimiento adecuados y de las condiciones de vida que tienen. Si las personas que dependen de heroína, no tienen que salir a procurarla y se les provee una de buena calidad

con dosis ajustadas, vienen al dispensario cada 6 a 8 horas a recibir su dosis y siguen con sus vidas. La energía invertida en procurarla, en la recuperación de los efectos de los adulterantes y contaminantes y en conseguir el dinero para financiarla, se reorienta hacia la reestructuración de su cotidiano. Lo mismo ocurre con los programas de metadona. Y puedo dar testimonio de esto pues estuve en dos oportunidades por varios meses trabajando con los equipos de los programas de mantenimiento de la División Abuso de Sustancias del Hospital Universitario de Ginebra; y puedo testimoniar también que en varias oportunidades pude escuchar a estas personas diciendo que querían comenzar a probar de reducir las dosis. La fantasía sensacionalista de que si se les da la sustancia siempre querrán más y más, no se cumple. Se estabilizan y luego poco a poco algunos van reduciendo lentamente las dosis tanto de heroína como de metadona. La evidencia demuestra que muchas de estas personas terminan en programas de abstinencia cuando se encuentran preparados para eso. El gran proveedor de candidatos a los programas de abstinencia es la Reducción de Daños, pero por sobre todas las cosas, la Reducción de Daños es una estrategia que remite a la ética humanitaria y respeta los derechos de las personas al tiempo que mejora sus calidades de vida y sobrevivida. ¿Qué es lo que está mal de hacer esto?

Para aquellos interesados en conocer estos programas y su funcionamiento relatado por sus actores, recomiendo el libro de Emilio Ruchansky, "Un mundo con drogas", excelente investigación periodística con un muy buen caudal de información documentada y de relatos de experiencias reales, en la que el autor nos lleva por distintos escenarios de varios países, mostrando las otras formas de abordar el problema. (RUCHANSKY, 2015)

Intentaré presentar algunos lineamientos para pensar en el papel jugado por la Medicina y los médicos en la construcción del estigma y el rechazo de las PQUD por los tratamientos de drogas y dispositivos de atención a la salud general, pero también en la legitimación de los abordajes aquí cuestionados y en cómo se llegó al escenario actual del UPD, focalizándome sólo en algunos aspectos en particular.

En las primeras décadas del siglo XX, el mundo occidental basó sus estados de bienestar en la corriente médica positivista, gracias a lo que muchas epidemias que causaban enfermedad y muerte fueron controladas. Al mismo tiempo, el discurso y prédica de los médicos comienzan a ser progresivamente más radicales hacia el control del cuerpo y de las costumbres sociales para el “mejoramiento de la raza humana.” (BARRÁN, 1993) Para relacionar cómo este momento de la historia de la Medicina incide en el devenir de las políticas de drogas y en su correspondiente abordaje de los temas de salud, me remito a la investigación de Guillermo Garat, periodista uruguayo especializado en esta temática, publicada en su libro **Marihuana y otras yerbas.** (GARAT, 2012)

Como lo documenta G. Garat, en el contexto que se describiera en el párrafo anterior el uso de drogas comienza a ser visto como un síntoma de degradación moral y física en función de unos pocos casos clínicos extremos, y de que una parte de la población usuaria de drogas de entonces estaba vinculada a la prostitución y el crimen. Las drogas comienzan a ser declaradas como un peligro social y fueron varios los médicos que actuando en la política recomendaban el aislamiento de los DQ y promovieron la prohibición de drogas que hasta entonces eran lícitas y se vendían en las farmacias. Había que separar a las personas de estas sustancias peligrosas tal como se hacía con las infecciones: alejarlas del flagelo.

En ese entonces, los ministerios de salud se constituyen en la “Policía de la prostitución y de los vicios sociales”. En 1934, la ley orgánica del Ministerio de Salud Pública de Uruguay (Ley 9202 del 12/1/1934) así lo estableció literalmente en el capítulo V, y en el artículo 23º expresa “Extender la acción profiláctica en materia de prostitución, a los vicios sociales en general, que disminuyen la capacidad de los individuos o atentan contra la salud, tales como las toxicomanías, el alcoholismo, etc.” (URUGUAY. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 1934) Luego, la aplicación de las leyes y convenciones de drogas por la vía de los hechos crean la categoría “usuario de drogas-criminal-trafficante”, y PQUD y criminales comienzan a ser tratados de manera similar: la reclusión. De este modo, las políticas de salud y sus corrientes filosóficas sostuvieron

activamente la construcción del estigma. Siguiendo el mandato político en lugar del mandato ético, el sentido y estilo de la práctica de los equipos de salud en el control de las PQUD definen el futuro de la relación entre ambos, una relación minada de sentimientos de rechazo y temor.

La Medicina me enseñó a pensar en la problemática de las drogas desde la perspectiva de la Reducción de Daños, y sus ejes éticos me ubicaron en la praxis tal como la he ejercido. Me ayudó a entender que, así como con muchas otras enfermedades, los mejores resultados se logran con una actitud respetuosa, amigable y negociadora con los pacientes, definiendo juntos el proceso y los objetivos realísticamente alcanzables, y considerando además sus posibilidades y expectativas. Afortunadamente cuando estudiaba mi carrera, el UPD no se enseñaba en la Facultad de Medicina y tampoco en otras vinculadas a la salud como Ciencias Sociales y Psicología. Cuando fortuitamente, durante los años '80 en mis guardias de Toxicología me vi enfrentada a los primeros casos, simplemente apliqué lo aprendido: conceptos de medicina general y toxicología para entender los signos y síntomas; empatía para percibir a la persona; el conocimiento científico, el sentido común y la ética médica para actuar.

Podríamos pensar entonces que lo que determinó el aliñamiento de los médicos en las filas del prohibicionismo no es la Medicina en sí misma, sino los momentos históricos, las corrientes filosóficas, las circunstancias geopolíticas y la condición humana que la atraviesan. El papel que los médicos han tenido en esta cuestión, obviamente no todos ellos, pero sí una parte importante, tiene más que ver con el poder y para ejercer ese poder, el uso del saber médico. No es un poder para acompañar a los pacientes y mejorar su calidad de vida. Es un poder que determina estilos de vida soportables para la cultura dominante imbuido de un idealismo moral, muy distinto del idealismo humanitario.

El saber administrado con nobleza y la ética de la Medicina sostienen las políticas, programas y prácticas de Reducción de Daños. Aplicado al UPD el concepto de Salud Pública también fue subvertido y trastocado al servicio de una cuestión moral:

determinar categorías de ciudadanos de acuerdo a sus elecciones y a un ideal de persona al que hay que ajustarse. Se abandonaron los pilares éticos de la Salud Pública.

¿Qué pasó con los médicos que abandonaron su lugar, pensamiento y ética en tanto tales? Nuevamente G. Garat nos ofrece algunas claves para comenzar a responder esa pregunta. (GARAT, 2012) La “Medicalización” de la sociedad uruguaya, aunque no sólo la nuestra, ha tenido una influencia relevante en ese abandono; la misma medicalización que hizo importantes contribuciones a la salud pública y particularmente a las enfermedades que diezmaron poblaciones.

Aquellos que cayeron en el encandilamiento de la demonización de las sustancias psicotrópicas contribuyeron al agravamiento progresivo de la situación, extrapolando el concepto de las epidemias de las enfermedades infectocontagiosas a la cuestión de las drogas. La visión Higienista ganó la escena. Como en las epidemias infecciosas, los pacientes comienzan a ser aislados y reclusos.

Pero la cuestión de las drogas es mucho más compleja que las infecciones. Incluye dimensiones como el placer, el contexto cultural, aspectos geopolíticos y económicos, relaciones interpersonales, pertenencias y más. Por lo tanto, no puede ser abordada desde conceptualizaciones simplistas y con visiones morales rígidas. Por lo menos si de verdad se pretende incidir favorablemente en la evolución de la problemática.

En este punto, debe aclararse que la aplicación apropiada de esta visión ha contribuido en distintas épocas a la sobrevivencia de millones de personas, y más recientemente también contribuyó en el control de la epidemia del HIV-SIDA. En este caso, no fue la vieja versión del Higienismo reduccionista y lineal, sino su versión incluyente e integral. Y la medicalización apropiada de la atención de las personas con DQ, a partir de finales de los años ‘80 y comienzos de los ‘90 en Europa contribuyó fuertemente para evitar que estas personas fueran a las cárceles por la instrumentación de los programas ambulatorios de metadona y prescripción de heroína.

Veamos entonces qué se puede hacer para cambiar este escenario, y en particular desde la perspectiva de Reducción de

Daños. Se debe trabajar sagaz y duramente para poder influir sobre las resistencias culturales y sobre aquellos actores que, a pesar del escandaloso fracaso del prohibicionismo, no lo pueden abandonar. Creo que para el público general y los médicos, entre otras cuestiones, estas resistencias remiten al miedo y a no saber qué otra cosa podrían hacer sin perder el control de la situación, pues no pueden imaginar a las PQUD de otra forma que no sea como enfermos complicados y de difícil control o criminales. Obviamente, también hay quienes tienen interés en que las cosas se mantengan como al presente para su propio beneficio. No hay nada que podamos hacer con ellos. Pero con las otras personas, los argumentos que se han ofrecido por quienes trabajan para la reforma de las políticas de drogas, a pesar de que han dado algunos resultados, no han sido suficientes para lograr el apoyo masivo del público general y de los médicos en particular. Si se pretende desmontar el estigma sobre las PQUD, se requiere integrar más estrategias y tal vez modificar otras.

Algunas de las estrategias podrían ser las que siguen. He elegido seis ejes: TEÓRICO, CIENTÍFICO, ÉTICO, COMUNICACIONAL, LEGAL Y COMUNITARIO:

- 1) **TEÓRICO:** Cambiando la definición del problema en la escena pública. Se propone plantear el debate público desde una perspectiva macro en torno a una clara definición política del problema, señalándolo como un problema construido en base a factores geopolíticos sumados al modelo cultural postmoderno de socialización y factores regionales que determinan consecuencias socio-sanitarias y criminales. Es fundamental demostrar la relación que existe entre las convenciones y el prohibicionismo con el sufrimiento de las poblaciones. La perspectiva del UPD desde el punto de vista de la salud, sería deseable que se limitara al diseño de intervenciones específicas y la comprensión y atención de casos. Complementariamente, sería de ayuda sacar del campo de la salud, por lo menos parcialmente, el debate sobre el UPD para evitar las discusiones distractoras sobre las bondades y perjuicios de las drogas, particularmente del cannabis, y trasladarlo al campo de la ciudadanía para las PQUD, los políticos

y profesionales vinculados a la temática, señalando el concepto de ciudadanía como el ejercicio de derechos y responsabilidades para todos los involucrados. Los profesionales de la salud y los políticos tienen la responsabilidad pero también el derecho de dar respuestas éticamente correctas, demostrablemente eficaces y adecuadas a la problemática, derecho que ha sido restringido por las convenciones de drogas. En tal sentido, se requiere de proveerlos de los nuevos conocimientos disponibles, cuya producción y difusión ha sido obstaculizada por la prohibición. También requiere que estos actores estén dispuestos a jerarquizar el cuidado de las personas por sobre sus propias definiciones morales, religiosas o ideológicas. Esto supone que hayan comprendido la diferencia entre política pública y política doméstica, entendiendo como política doméstica aquella que se aplica a nuestra vida personal y familiar, nuestra congregación religiosa o grupo ideológico. (RAMIRO AVILÉS; LOBO, 2010)

- 2) **CIENTÍFICO:** Desarrollando investigación científica en vistas a poder ofrecer tratamientos basados en la evidencia que ésta arroje y no en base a creencias y cuestiones morales. Por ejemplo, al presente se cuenta con un acumulado importante de estudios observacionales que demuestran el valor de los cannabinoides contenidos en el cannabis para reducir y cesar en el consumo de drogas más peligrosas como cocaína y crack, bazuco/PBC, metanfetamina, alcohol y heroína. (LUCAS et al., 2013) También se cuenta con estudios preclínicos que permiten comprender por qué podría tener este beneficio. (MORALES; BONCI, 2012) No obstante, se requiere de ensayos clínicos aleatorizados controlados doble-ciego para cumplir con los requisitos exigidos a cualquier sustancia para evaluar su eficacia y seguridad. Si bien en algunos países como Uruguay, las leyes vigentes –y en nuestro país desde antes de que se legalizara el cannabis–, permiten este tipo de ensayos si el Ministerio de Salud los autoriza, en los hechos esto no ocurre para el cannabis y otras drogas declaradas ilícitas, pero sí para productos provenientes de la farma-industria, aún cuando puedan presentar toxicidad elevada. Cuando se trata de

sustancias que integran la lista 1 de drogas fiscalizadas por JIFE⁴ como consecuencia de las convenciones de drogas, la posibilidad de razonar se obnubila, perdiéndose la posibilidad de demostrar el valor terapéutico de muchas de ellas aún en las situaciones de DQ por la que tanta preocupación se muestra. Afortunadamente con el cambio político de la regulación del Cannabis en Uruguay, hemos podido presentar ante el MSP el primer protocolo de ensayo clínico sobre el uso medicinal de Cannabis para usuarios de cocaínas fumables para la autorización de su ejecución. De manera muy resumida, este estudio piloto para evaluar la seguridad y eficacia del cannabis, ya aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina, consiste en administrar flores de cannabis por vía vaporizada a un grupo de una población aleatorizada dependiente de cocaínas fumables, mientras que al otro grupo se le dará placebo sin que pacientes e investigadores sepan quién está recibiendo producto activo o placebo. Su diseño se ha realizado en base a los protocolos legitimados para drogas estimulantes de la más alta exigencia científica y ética. Se llevará a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República con la participación de los Departamentos de Farmacología, Toxicología, Medicina Nuclear, Métodos Cuantitativos y Psicología Médica, y un psiquiatra y una médica internista. Es importante ganar el espacio de la producción científica en la temática de las drogas y producir conocimientos que sostengan las nuevas políticas en este campo o demuestren la inadecuación de las vigentes. Esta producción no se restringe a las ciencias bio-médicas, sino que se extiende a la investigación psico-social, económica y política.

- 3) ÉTICO:** Evaluando en términos de calidad de la práctica profesional y de los resultados las intervenciones de la salud para PQUD, tanto en los abordajes específicos de la problemática, por ejemplo la prevención y tratamiento, como en la atención de estas personas en cualquier servicio de salud (Emergencia, Medicina

⁴ Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional. Lista Amarilla. Anexo a los formularios A, B y C (2011). 50ª edición. INCB Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Yellow_List/NAR-2011_YellowList_50edition_SP.pdf

Interna, Cirugía, Psiquiatría, etc.), con un análisis posterior de la evaluación. Esta evaluación debe incluir necesariamente la revisión de las prácticas profesionales a la luz de los marcos éticos de las profesiones involucradas. Igualmente, requiere la utilización de un protocolo de evaluación, una herramienta que se aplique a todos los servicios que trabajan con PQUD, evitando asumir los resultados que ofrecen las propias instituciones. Esta medida podría promover un cambio en la posición ética de los médicos al ayudarlos a tomar conciencia del serio conflicto ético en el que se encuentran. Simultáneamente debería estimularse a las PQUD y sus familiares a informarse de lo que es aceptable y no aceptable hacer en un tratamiento, sin consentir incondicionalmente y con resignación a lo que se les ofrece o hace. Invito a mis colegas a reflexionar en su papel actual y no quedar deslumbrados por signos y síntomas, algunos de los cuales deberán aprender a interpretar de manera distinta. Los invito a ver personas y no enfermos de drogas o criminales. Los médicos han participado en la construcción del estigma y ahora es imperativo que comprendan que deben trabajar para deconstruirlo en pos de un cambio que promueva la integración social y el ingreso al sistema de salud de esta población. Se debe tratar de desarrollar abordajes desde nuestra ética médica y con información científica y desmoralizada, para lo cual es fundamental que sepan discernir y elegir las fuentes de la información sobre las drogas y su peligrosidad, (ROQUES, 1999) y sobre el UPD. (VALLADOLID, 1999)

Los médicos tenemos mucho para ofrecer. Sería saludable para todos que se abandonara este triste papel de pretendidos expertos en el tema, cuando en realidad manejan una información parcial y sesgada, para ser Médicos y comenzar a construir nuevo conocimiento que mejore la vida de las PQUD, como se ha hecho con todas las demás personas en sufrimiento por razones de salud física, psíquica y social. Resulta interesante que con frecuencia he encontrado que los médicos generalistas y de familia, no siendo “expertos” suelen tener mejores vínculos con estas personas y viceversa.

Considerar la DQ como un trastorno o condición de salud mental no es en sí mismo el problema. El problema parece estar más relacionado a que hay valores asociados al uso de drogas que categorizan la DQ como una enfermedad mental con una cualidad moral inferior y se asimila al trastorno de personalidad antisocial. Hay algunos conceptos sostenidos por programas de drogas clásicos que están asociados a la idea de una condición moral. En efecto, algunos programas y filosofías sobre la DQ hablan de una enfermedad de la voluntad: una voluntad débil. Una voluntad firme es considerada como un valor moral superior; y así queda establecida la relación entre la enfermedad y la falla moral. Parecería que la expresión de ciertas debilidades y vulnerabilidades no son admisibles como parte de la condición humana. La pregunta que surge entonces, es si al menos en parte, es esta atribución de una cualidad moral inferior lo que habilita a la vulneración de sus derechos humanos y civiles.

Estimo que la Medicina podría favorecer el proceso de desarticulación del estigma de las PQUD y de sus consecuencias negativas. Independientemente de cómo se ha llegado a esta condición clínica y de sus factores condicionantes, definiendo la DQ como un cambio biológico y separándolo de la falla moral, podría contribuir a que, además de recibir tratamientos adecuados, puedan abandonar el lugar asignado en el que representan un anti-valor, para devenir en personas que pueden estar enfermas. La identidad asignada pasaría a estar vinculada a la cualidad de persona y ciudadano, y no a su condición de usuario de drogas o de portador de una enfermedad mental, una enfermedad mental denostada. Ninguna otra persona con enfermedades crónicas es estigmatizada excepto cuando son portadoras de enfermedades que representan un anti-valor con respecto al modelo de perfección humana al cual el resto creemos pertenecer. Los enfermos mentales son estigmatizados cuando representan una falla del actual modelo de ideal humano. Debemos trabajar en este sentido porque es una cuestión deontológica: el estigma que pesa sobre las PQUD y las drogas no permite pensar con la libertad y el rigor que requiere la ciencia y la práctica médica. Al no hacerlo, se falla en el deber

médico de ayudar a las personas más allá de sus condiciones sociales, religiosas, étnicas, o elecciones personales.

La ilegalidad de las sustancias ha traído torpor, prejuicios disfrazados de conceptos científicos y la moralización de las intervenciones, alejando a los médicos del objetivo principal de la atención de la salud: encontrar respuestas para el sufrimiento de las personas. Se trata de acompañarlas y no de adoctrinarlas. La ilegalidad ha focalizado la mirada de los médicos en la dependencia como un absoluto, no permitiendo que siquiera se evalúe desde los signos y síntomas, si tiene o no impacto negativo sobre la vida de las personas. No es cierto que tener una DQ sea siempre sinónimo de locura, pérdida del control, problemas de conducta y muerte. Además de la realización de profecías culturales auto-cumplidas, esto depende de si se trata de una DQ estabilizada o no. Y esto es tenido en cuenta por los tratamientos de Reducción de Daños como en el caso de los tratamientos de sustitución y prescripción, y como las estrategias para disminuir el consumo de drogas más peligrosas, tal como ocurre con el “efecto sustitución” del cannabis. Se trata también de poder aceptar que en algunas personas siempre habrá una cuota de daño y reducirlo puede ser un objetivo legítimo.

Millones de personas con enfermedades crónicas dependen de medicación para tener una calidad de vida relativamente buena, una medicación que no cura. Alivia el curso evolutivo y los síntomas de la enfermedad, permitiendo a las personas llevar vidas de calidad aceptable. ¿Por qué no podría ser igual para las personas con dependencias químicas?

Entonces, se propone trabajar en la deconstrucción del estigma también reclamando y actualizando la observancia de los pilares éticos fundamentales de la Salud Pública: (VÉLEZ CORREA; MAYA MEJÍA, 2011)

- I. PRIMERO NO DAÑAR seguido de
- II. HACER EL BIEN
- III. JUSTICIA SOCIAL
- IV. DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN

A aquellos médicos que ejercen en países en los que son responsables frente a la ley si no denuncian a las PQUD, o en los que el tratamiento compulsivo es ley, los invitamos a que se revelen y opongán a esas funciones y métodos. No es verdad que estas medidas operen siempre en el sentido del bien del paciente y cuidando la vida de estas personas o de terceros, salvo en situaciones muy puntuales. Pero además el fin no justifica los medios. Hay una ética que respetar para hacer el bien, y esta ética incluye el respeto de los Derechos Humanos, de otro modo no hay ética.

Las leyes de drogas vigentes no han demostrado promover la consulta de las personas con UPD en ninguna otra situación más que para pedir tratamientos de abstinencia o en situaciones críticas. La flexibilización de las estrategias terapéuticas, abrir el abanico de opciones, la accesibilidad y adecuación de las exigencias a las posibilidades reales en cada momento del curso de la adicción, han demostrado ser medidas más eficaces para que más PQUD pidan ayuda. Por el contrario, la implementación de medidas como la internación compulsiva las aleja de esa posibilidad. Las personas esconden su problema al tiempo que se agrava y se difiere el pedido de ayuda por miedo a las consecuencias. Las PQUD tienen además otras necesidades vinculadas a su salud física, psíquica y social. Trabajando en ellas, y no sólo hacia la abstinencia, se aumenta el acceso al sistema de salud y se facilita la integración social, generándose la posibilidad real de educar, orientar y mejorar algunos aspectos. Pero esto no será posible si estas personas no llegan al sistema, sea cual sea el nivel de atención.

4) COMUNICACIONAL: Promoviendo el uso de los Medios Masivos de Comunicación (MMC) en educación pública como parte de la política de drogas y del trabajo por el cambio. Para los cambios que se proponen es necesario que la población esté informada de manera sistemática, acceda información científica en códigos de divulgación, se muestren experiencias de abordajes alternativos a los convencionales y sus resultados, así como las consecuencias negativas de lo existente, se difundan ejemplos de buena práctica, se respondan preguntas, se aclaren dudas y las

confusiones que suelen haber en torno a este tema, y se brinden herramientas de prevención y reducción de daños. Dado el alcance e impacto que suelen tener los medios de comunicación, es una manera masiva de trabajar sobre el problema del estigma, incidiendo en un cambio en el imaginario colectivo, al tiempo que se defiende el derecho de todas las personas de acceso a la información.

- 5) LEGAL:** Continuar trabajando para la reforma de las leyes y convenciones de drogas reforzando lo hecho hasta el presente, y reclamando la ratificación en la práctica de las convenciones de Derechos Humanos, es decir, implementando estrategias que impacten favorablemente en la problemática sin vulnerar los derechos. Las convenciones internacionales tienen jerarquías y las de Derechos Humanos son jerárquicamente superiores a las de drogas y a cualquier otra convención. No es posible respetar las convenciones de drogas y las de derechos humanos, pues en muchos puntos están en conflicto. Habrá que elegir cuál se considera más importante. Y también habrá que continuar trabajando para que los gobiernos asuman el derecho de los países a hacer lo que soberanamente se estima más conveniente para su población. En definitiva, reclamando por el respeto de los Derechos Humanos de todos los damnificados de la guerra contra las drogas, lo que significa, toda la población, y no solamente de las PQUD; pues de una forma u otra la población de muchos países, y particularmente los latinoamericanos, ha sido vulnerada en su derecho a la seguridad, a la paz, a la información, a su cultura tradicional, al desarrollo social y económico.

La legalización del cannabis es una clara medida de reducción de daños que podrá mejorar el escenario actual, no sólo reduciendo el ingreso en el consumo de otras drogas de más riesgo, sino además, removiendo el velo engeguecedor de la prohibición; un velo que no ha permitido enmarcar las prácticas de salud para las PQUD dentro de los pilares éticos antes mencionados. Estos cambios jurídicos podrán tener también un impacto positivo sobre el estigma, porque

a través de los procesos de inscripción en la cultura, aquello que es legal, puede ser más fácilmente aceptado como legítimo y como un derecho, y por lo tanto, modificar nuestra percepción y valoración de las personas, en este caso, las que usan drogas.

6) COMUNITARIO: Incrementando la implementación de verdaderos tratamientos de base comunitaria en los que las PQUD tienen roles ciudadanos. En algunos lugares del mundo, los abordajes comunitarios tienen ya un largo desarrollo, como es el caso de E.G.O de París (Espoir Goutte d'Or). Teniendo como objetivo y pretexto el UPD, se instalan programas en los que, a partir de la promoción y fortalecimiento de las redes solidarias sociales se aborda la problemática con un claro perfil de reducción de daños e inserción social. Estos programas promueven activamente la integración de las PQUD y la comunidad en la que están implantados (SEPÚLVEDA et al., s.d.). Participando en estos programas las PQUD además de contar con medidas de prevención, orientación y reducción de daños, pueden involucrarse en actividades de la comunidad y trabajar en temas de salud en su sentido más amplio. Para esto, pueden ser entrenados en distintas actividades de servicio. Por ejemplo, como parte de su aprendizaje para el cuidado de su salud pueden ser entrenados en medidas de reanimación cardio-respiratoria, primeros auxilios, cuidado de personas enfermas, reducción de daños, etc... Estos abordajes sin duda cambian su lugar en sus colectivos de pertenencia y en el imaginario, promoviendo entonces la deconstrucción del estigma en la medida que pueden ser percibidos prestando servicios a la comunidad. Ya no, como se los obliga a hacer en algunos "tratamientos", prestando servicio para pagar su deuda con la institución y la sociedad, sino como parte de un proyecto de formación e integración social.

En estos programas se activa una modalidad de control muy distinta al sometimiento y la represión: el control social participativo como instrumento de la vida democrática. Los derechos y responsabilidades de todos se despliegan en el juego

de la integración comunitaria y las PQUD empoderadas pasan a formar parte de ese control.

El logro de resultados con las estrategias que se proponen habilitaría a dar un paso más en el proceso de cambio del lugar de las PQUD en la sociedad y en la disminución de la carga del estigma. Como decía al principio, la evolución ha sido de pecador a criminal, de criminal a enfermo, de enfermo a ser humano. Es tiempo de que ese ser humano sea reconocido como Ciudadano, un ciudadano que puede enfermar, tal como ya lo decía Lía Cavalcanti en los años '90.

Más allá de estas propuestas, y sean cuales sean las estrategias y objetivos que se elijan para trabajar con la población consumidora de drogas, hay una condición fundamental que debe cumplirse: el respeto de los Derechos Humanos. Recordemos una vez más que el fin no justifica los medios. En todo caso, si para hacer el bien debemos dañar, esto habla más de nuestra ineficacia, debilidad, impotencia y falta de creatividad, que de la situación en sí. Contrastemos los diseños de los proyectos y políticas con los valores de la ética de las profesiones de servicio y la ética humanitaria, pues para eso están: son un límite a nuestras tendencias que nos obliga a buscar nuevos caminos donde desplegar lo mejor de lo humano. Los principios éticos y los derechos no son solamente cuestiones filosóficas a considerar por su valor simbólico, tampoco son un mero enunciado en un papel que nos hace pensar que somos mejores personas porque pensamos en ellos. Son del campo de la realidad cotidiana, y su actualización a través de nuestras acciones nos permite medir nuestra dosis de ternura y empatía, nuestra dosis de humanidad. Por mejores que sean nuestras intenciones, si no hay respeto de los Derechos Humanos, siempre habrá daño, tal vez un daño que no se pueda tocar como una herida o ver como una intoxicación, pero que calará hondamente en las personas vulneradas, reforzando su desvalorización e identidad de población excluida. Cuando nos acercamos a las personas respetando sus derechos, hay algo también intangible que se repara: su dignidad y el sentido de pertenencia a un mundo que las incluye y que les ofrece un mejor lugar para ser y crecer.

Referências

APA. **Manual Diagnóstico DSM-IV-TR**. Arlington: American Psychiatric Association, 1994. Disponível em: <<http://behavenet.com/apa-diagnostic-classification-dsm-iv-tr>>. Acesso em: 26 out 2016.

BARRÁN, J.P. **La medicalización de la sociedad**. Montevideo: Nordan Comunidad, 1993. 251p.

CSET, J. **Desde las cumbres de las montañas**: lo que el mundo puede aprender del cambio en las políticas sobre drogas en Suiza. New York: Open Society Foundations, 2010. Disponível em: <<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-es-20160212.pdf>>. Acesso em: 26 out 2016.

GARAT, G. **Marihuana y otras yerbas**: prohibición, regulación y uso de drogas en Uruguay. Montevideo: Sudamericana, 2012. 205p.

INCHAURRAGA, S. **Drogas y políticas públicas**: el modelo de reducción de daños. Rosario: CEADS-UNR, 1999.

LUCAS, P. et al. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs: a dispensary-based survey of substitution effect in Canadian medical cannabis patients. **Addiction Research and Theory**, v.21, 2013. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/>>. Acesso em: 26 out 2016.

MARSET, M. Programas de prescripción de heroína. **Adicciones**, Palma de Mallorca, v.17, n.2, p.235-256, 2005.

MORALES, M.; BONCI, A. Hooking CB2 receptor into drug abuse? **Nature Medicine**, v.18, n.4., 2012.

O'HARE, P.A. et al. (eds.). **The reduction of drug-related harm**. New York: Routledge, 1992. [Traducción castellana Barcelona: Grup IGIA, 1995].

OCAMPO, E.V. **Droga, psicoanálisis y toxicomanía**: las huellas de un encuentro. Buenos Aires: Paidós, 1988. 142p.

OPEN SOCIETY FOUNDATION. **Ni socorro, ni salud**: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América Latina y el Caribe.

New York: Opens Society Foundations, 2016. Disponível em: <<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-health-no-help-es-21060403.pdf>>. Acesso em: 26 out 2016

RABASA; KILLIAS, 2002. **Less Crime in the Cities Through Heroin Prescription? Preliminary Results from the Evaluation of the Swiss Heroin Prescription Projects**. The Howard Journal of Crime and Justice. Volume 36, Issue 4 November 1997, p.424-429.

RAMIRO AVILÉS, M.A; LOBO, F. La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. **Informe SESPAS**, 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 26 out 2016

ROLLES, S. et al. **The alternative world drug report**. 2.ed. Counting the Costs of the World on Drugs, 2012. p.108 Disponível em: <<http://www.countthecosts.org/sites/default/files/AWDR-2nd-edition.pdf>>. Acesso em: 25 out 2013.

ROQUES, B. **La dangerosité des drogues**: rapport au secrétariat à la Santé. Paris: Odile Jacob/La Documentation Française, 1999. p.318

RUCHANSKY, E. **Un mundo con drogas**. La Plata: Debate, 2015. p.320

SEPÚLVEDA, M. et al. **Dossier Material Docente**: prevención de conflictos comunitarios en la implantación de servicios y programas de drogodependencias. s.d. Disponível em: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/Dossier_Material_Docente.pdf>. Acesso em: 26 out 2016.

URUGUAY. Leis, etc. **Ley Nº 19.286**; Código de ética médica. Montevideo; 2014.

URUGUAY. Ministeriode Salud Publica. **Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública**; Ley9202del12.1.34. 1934. Disponível em: <<http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Uruguay/UYLeyMinisterioSalud.pdf>>. Acesso em: 26 out 2016.

VALLADOLID, M.N. El fenómeno adictivo. **Rev. de Neuro-Psiquiatría del Perú**, v.50, n.1, 1999. Disponível em: <<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/neuropsiquiatria/v62n1/el%20fenomeno%20adictivo.htm>>. Acesso em: 26 out 2016.

VÉLEZ CORREA, L.A.; MAYA MEJÍA, J.M. Ética y Salud Pública. In: FUNDAMENTOS de salud pública. Tomo I. Salud Pública.2011. p.166-176. Disponível em: <<http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/salud-derechos-humanos-y-genero-en-la-ensenanza-de-grado/06-etica.pdf>>. Acesso em: 26 out 2016.

WEXLER, D.B; WINICK, B.J. **Law in a therapeutic key**: developments in therapeutic jurisprudence. Durham: Carolina Academic Press, 1996. P.1012

WHO. **ICD-10**: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th rev. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>>. Acesso em: 26 out 2016.

DESIGUALDADE SOCIAL, POLÍTICAS SOBRE DROGAS E DIREITOS HUMANOS: Uma Reflexão Sobre a Realidade Brasileira

*Fernando Santana de Paiva
Pedro Henrique Antunes da Costa*

Apresentação

A desigualdade social vigente na realidade brasileira é resultado de um padrão de produção e distribuição da riqueza socialmente construída, marcado historicamente pela concentração e privilégio de determinados segmentos de nossa sociedade, assim como em todo o continente latino-americano. A desigualdade observada no âmbito econômico se expressa no cotidiano social, sendo concretizada por práticas sociais, políticas e culturais que legitimam relações de poder e dominação entre diferentes sujeitos sociais. (MARTÍN-BARÓ, 1998; WANDERLEY, 2013)

O panorama em tela propicia a supressão e o não reconhecimento de determinados sujeitos políticos de direitos, como os sujeitos usuários de drogas, em especial, aqueles que se encontram inseridos em realidades marcadas pela pobreza, violência, racismo e preconceitos de diferentes ordens. Trata-se de sujeitos que, no âmbito da sociedade burguesa, tem seu *status* de cidadania parcialmente reconhecido pelo Estado, não sendo, portanto, entendidos como indivíduos dignos de gozar sua liberdade e autonomia, mesmo que nos limites do capitalismo neoliberal vigente.

É importante salientar que os autores deste texto compreendem que no âmbito da sociedade capitalista, é vedado a todos e todas, a possibilidade de vivenciar sua plena liberdade e potência, bem como a ética em prol de sua emancipação, haja vista os limites impostos pelo modelo econômico e social vigente. Entretanto, reconhecemos que determinados sujeitos sociais, em razão dos recortes de classe, raça/etnia, gênero/sexualidade apresentarão maiores impossibilidades de se inserirem nos espaços públicos de luta pelo poder no âmbito da sociedade. Em conformidade com Martins (2012), não se trata dos denominados “excluídos sociais”, mas sim, de sujeitos que terão uma inserção social precária nos espaços socialmente compartilhados na conjuntura capitalista. No tocante à questão das drogas, em razão do acalorado debate atualmente em voga, cumpre ressaltar que partimos do pressuposto de que o consumo de substâncias psicoativas é uma prática humana, observada entre diferentes grupos sociais ao longo da história.

Atualmente, em razão dos problemas decorrentes do uso abusivo, mas especialmente em razão da incapacidade de sustentarmos uma análise crítica, embasada pela ética e pelos direitos humanos, acompanhamos o emprego de recursos oriundos da saúde, assistência social e segurança pública, tendo como orientação hegemônica uma perspectiva moralista e punitiva para tratar deste tema. Consequentemente, as políticas e práticas nestas áreas permanecem, salvo resistências de alguns setores, marcadas pelo conservadorismo, congruente com a matriz sociocultural hegemônica na sociedade brasileira. (MACHADO; MIRANDA, 2007) Indubitavelmente os efeitos de tais práticas legitimam e contribuem para a manutenção de rela-

ções de poder e agudizam desigualdades sociais, ao passo que não favorecem o enfrentamento real dos problemas que atingem elevado percentual dos sujeitos usuários de drogas em nosso país.

Nesta perspectiva, abordaremos a questão do uso de drogas como uma das diversas expressões sociais e culturais, não se caracterizando aprioristicamente como um problema. Seu caráter problemático advém do momento em que os sujeitos passam a estabelecer relações específicas com as substâncias psicoativas, a partir de determinados contextos, o que, inclusive, nos leva a ponderar que os prejuízos decorrentes do uso e abuso de drogas afetam diferentemente os sujeitos em nossa sociedade.

Por conseguinte, objetivamos com o presente manuscrito, incitar o debate entre os eventuais leitores, a partir de algumas reflexões, sobre em que medida o cenário de desigualdades sociais configura-se como um elemento central para pensarmos as políticas sobre drogas em nossa realidade, considerando os direitos humanos como horizonte ético de ação com vistas à mudança social.

■ Notas sobre a desigualdade social no Brasil

O Brasil apresentou durante o século XX taxas de crescimento econômico que impactaram o *modus* de vida da sociedade brasileira, inserindo o país na rota do ideário capitalista mundial. Atualmente, é um dos países com maior Produto Interno Bruto (PIB) do mundo, ao passo que é uma das nações com maiores indicadores de desigualdade social do globo.

A despeito das flutuações encontradas a partir das agências de informação, de acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013), 7,3% da população brasileira vive em situação de pobreza, sendo que de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2015) em 2014, cerca de 4% da população vivia sob condição de extrema pobreza. Este indicador se eleva para 5% entre crianças de até 14 anos. No continente latino-americano, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe, (COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE, 2014) estima

que em 2013, 28,1% dos habitantes da região ainda viviam em um quadro de pobreza, sinalizando que esta questão é parte da constituição social e política de nossos povos.

A desigualdade social brasileira ainda é sentida pelos indicadores de concentração de renda vivenciados em nossa realidade social, que não se trata de um problema apenas brasileiro. Shorrocks, Davies e Lluberasis (2013), autores do relatório *Credit Suisse Wealth Report*, avaliam que a despeito do crescimento da riqueza mundial, a desigualdade social continua com índices elevados. Em termos globais, os 10% mais ricos detêm atualmente 86% da riqueza mundial, sendo que 0,7% destes detêm a posse de 41% da riqueza mundial.

No Brasil, segundo Souza e Medeiros (2015), a concentração da renda exerce muita influência na desigualdade. Segundo os autores, desde 1974, os 10% mais ricos concentram entre metade e 2/3 de toda a renda do país, o que promove intensa desigualdade em relação ao acesso a bens de consumo, serviços de saúde, educação, segurança, lazer e cultura. Outro aspecto relevante com relação à desigualdade brasileira pode ser expresso ainda no fato de que entre os 10% mais pobres, 75% eram pretos ou pardos e apenas 24%, brancos. Em contrapartida, no outro extremo da distribuição, ou seja, entre aqueles 1% que concentram os maiores rendimentos, 15% eram pretos ou pardos, contra 84% de brancos.

Na esteira destas reflexões em torno da desigualdade social brasileira, é válido sinalizar os indicadores da violência em nosso país. No ano de 2014, segundo os registros do Ministério da Saúde, 59.627 pessoas sofreram homicídio no Brasil e em conformidade ao Atlas da Violência, publicado pelo IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016), em 2014, quase 60 mil pessoas foram assassinadas em nosso país. Entretanto, cabe salientar que a violência não afeta igualmente a toda população. O fato de ser jovem (entre 15 e 24 anos), negro, pobre e sem escolaridade aumenta significativamente o índice de letalidade entre este grupo. De acordo com o IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016) aos 21 anos de idade, quando há o pico das chances de uma pessoa sofrer homicídio no Brasil, pretos e pardos possuem 147% a mais de chances de ser vitimados por homicídios, em relação

a indivíduos brancos, amarelos e indígenas. Ademais, é importante termos clareza em relação ao aumento de 18,2% na taxa de homicídio de negros entre os anos de 2004 e 2014, ao mesmo tempo em que o mesmo indicador associado a não negros diminuiu 14,6%.

Além dos dados acima apresentados e a despeito da pretensa tese da democracia racial brasileira que nos foi inculcada, (BERNARDINO, 2002) a realidade sinaliza as inequidades no acesso à educação, trabalho e renda quando tomada a dimensão racial neste processo. (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2011) Ou seja, a população negra e parda em nosso país apresenta dificuldades materiais que têm sido pautas de intensas lutas e discussões protagonizadas por movimentos sociais com o intuito de reverter este quadro perverso, fruto de nosso passado escravocrata. Não por acaso, as pessoas negras ainda são aquelas que apresentam menor renda per capita no Brasil, estando à maioria situada entre a população pobre e miserável deste país.

No tocante a alguns dados que expressam a desigualdade de gênero no país, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013) constatou que mulheres em idade produtiva ainda recebem aproximadamente 80% dos valores recebidos por homens, considerando a mesma faixa etária e ocupação. Além disso, as mulheres são as maiores vítimas de violências físicas e psicológicas, em sua maioria provocada por seus próprios companheiros. Ademais, é histórico o desigual acesso das mulheres aos espaços de tomadas de decisão, sendo relegada a elas a concepção ilusória, porque ideológica, de poder na esfera doméstica em contraposição à exploração e dominação vivenciada no âmbito dos espaços públicos.

Ainda segundo o IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2016), em 2014 o saldo foi de treze mulheres assassinadas por dia no Brasil. Isso representa, segundo o instituto, que no ano em que o Brasil comemorava a Copa do Mundo e se exibia ao mundo como nação cordial e receptiva, 4.757 mulheres foram vítimas de mortes por agressão. Dentre os dados recentemente divulgados, tem-se que de um total de 52.957 denunciante de violência, 77% afirmaram ser vítimas semanais de agressões, e em 80% dos casos o agressor tinha vínculo afetivo com a vítima (marido, namo-

rado, ex-companheiro). Acrescente-se a isto ainda o fato de que 80% dessas vítimas possuem filhos, sendo que 64% destes presenciaram ou também sofreram violência.

Os dados anteriormente apresentados podem ser pensados como expressões da desigualdade social brasileira, estando diretamente associados às dificuldades que inúmeros sujeitos sociais encontram para se constituírem como sujeitos de direitos, e, mais que isto, seres ativos, potentes e com capacidade de construir projetos de vida com certo grau de liberdade, dignidade e autonomia. A partir deste cenário, consideramos relevante buscar analisar a questão das drogas em nossa realidade social a partir das expressões de desigualdade que conformam nosso cotidiano. Em consonância com Marx (1859), buscamos atentar para as possíveis relações entre estes fatores, refletindo sobre a essência perversa do nosso sistema social capitalista e suas formas de estruturação, que se sustentam justamente na elevação de sua riqueza produzida, mas sem a diminuição da miséria existente, ao mesmo tempo em que se tem como um de seus reflexos justamente o crescimento da criminalidade. Sendo assim, alguns questionamentos iniciais que consideramos pertinentes são: Porque analisar a questão do uso, abuso e tráfico a partir do isolamento do que consideramos “drogas”? Porque não buscamos compreender seus efeitos na vida das pessoas, a partir da estrutura desigual na qual se inserem?

Indubitavelmente que tais questionamentos ao serem realizados visam colocar em xeque perspectivas belicistas que tem sedimentado o discurso de guerra às drogas, preconizado ao longo das últimas décadas por pretensas sentinelas da moral e da ordem. Em outra direção, os indicadores acima apresentados, concernentes à concentração de renda e desigualdade social, em somatório a precários investimentos em políticas públicas, tem se mostrado diretamente relacionado ao quadro de violência urbana e de gênero, ao genocídio racial e juvenil, bem como ao considerado aumento de sujeitos que apresentam problemas em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além do tráfico existente, especialmente, em territórios pobres e invisibilizados em matéria de direitos humanos,

porém visíveis no aspecto da coerção e opressão estatal. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015)

Ademais, conforme nos adverte Wanderley (2013), a desigualdade social brasileira, expressa, além dos números, contextos de privação econômica, política e cultural que estão diretamente relacionadas a padrões de vida marcados por opressões, violências e silenciamentos. Acreditamos que esta realidade social está diretamente relacionada aos efeitos e possíveis problemas que interpelam os sujeitos usuários de drogas, bem como aqueles envolvidos com o tráfico, sendo, portanto, necessário que as políticas nesta área passem a considerar esta perspectiva em seu processo de implementação. Neste sentido, a questão que nos inquieta é: Como e porque analisar a questão das drogas em nossa sociedade atual considerando a realidade estruturalmente desigual em que vivemos?

■ **Drogas, desigualdades sociais e políticas públicas: alguns possíveis direcionamentos para a realidade brasileira**

Historicamente, o consumo de substâncias psicoativas é comumente observado em nossa realidade social, apresentando diferentes funcionalidades, a depender do contexto sociocultural no qual esta prática se insere. Apesar de se configurar como uma prática humana secular, é inevitável constatar que ao longo das últimas décadas temos observado que o uso, abuso, além do tráfico de drogas tem afetado diretamente as condições de vida de inúmeros sujeitos e grupos sociais.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas, (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015) a prevalência do uso de drogas continua estável em todo o mundo. Estima-se que um total de 246 milhões de pessoas - um pouco mais do que 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos - tenha feito uso de drogas consideradas ilícitas em 2013. Cerca de 27 milhões de pessoas fazem uso de drogas de carácter problemático, sendo quase a metade constituída por pessoas que usam drogas injetáveis (PUDI). Estima-se que 1,65 milhões de pessoas que injetam drogas estavam vivendo com o Vírus da Imunodeficiência (HIV) em 2013. Ademais, homens são três vezes mais propensos ao uso de maconha, cocaína

e anfetamina, enquanto que as mulheres são mais propensas a usar incorretamente opioides de prescrição e tranqüilizantes.

O relatório ainda aponta que um número considerável de usuários de drogas continua a perder suas vidas prematuramente em todo o mundo, estimando um total de 187.100 mortes relacionadas às drogas em 2013. O Relatório apresenta informações - levantadas em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial - sobre a prevalência do HIV entre PUDI. Em alguns países, mulheres que injetam drogas são mais vulneráveis às infecções por HIV do que os homens, e a prevalência do HIV podem ser maiores entre as mulheres que injetam drogas do que entre suas contrapartes masculinas. O número de novas infecções por HIV entre PUDI diminuiu aproximadamente 10% entre 2010 e 2013: de uma estimativa de 110.000 para 98.000. Entretanto, o presente relatório também indica que muitos fatores de risco, incluindo a transmissão de doenças infecciosas como o HIV, a hepatite C e a incidência de overdose por drogas, fazem com que o índice de mortes entre PUDI seja 15 vezes maior do que no resto da população. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015)

Apesar de reconhecermos que vivenciamos um cenário no qual as drogas podem ser tomadas como um problema é preciso considerar, conforme discutido anteriormente, que determinados marcadores sociais (como gênero e raça, além da pobreza) devem ser tomados como analisadores que expressam as dificuldades vivenciadas por parte da população brasileira, em especial no que diz respeito as implicações que as drogas apresentam em diferentes contextos sociais. No campo da saúde coletiva, debates em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS), em detrimento de alguns obstáculos, têm, de alguma maneira, incorporado uma leitura mais abrangente sobre esta questão, tendo Wilkinson e Marmot (2003) como importantes expoentes. Diferentes campos do conhecimento têm utilizado tais marcadores para analisar e intervir socialmente visando o fortalecimento de sujeitos sociais e políticos, a partir da consolidação de políticas em prol da igualdade real na sociedade.

Um dos principais alardes em relação ao que se denomina como “o problema das drogas” e seu conseqüente enfrentamento diz respeito à associação espúria com as questões da violência e criminalidade. Comumente, são observadas operações de individualização e minimização de processos complexos, como os que envolvem tais questões. Não por acaso, as ações e políticas na área tem sido marcada por forte teor conservador, propagando-se o medo e a ignorância como estratégias de manutenção de práticas punitivas e opressoras. Destarte, uma vez que as políticas são consideradas estratégias responsáveis em propor soluções às necessidades de determinados grupos populacionais, ofertando serviços, profissionais e práticas, permanecem as seguintes dúvidas: Quem são essas pessoas? Meras abstrações? Seres cristalizados e homogêneos? Subjetividades ambulantes e/ou organismos vivos? A partir de que, quem e como são determinadas essas necessidades?

Levando em consideração esse raciocínio, as drogas se inserem nessa equação como mais um elemento que deve ser analisado conjuntamente, e não a partir de simplórias e descontextualizadas relações de causa e efeito, a fim de enfrentarmos os desafios da sociedade em forjar formas de vida não subjugadas pela criminalização e violência. Cabe salientar as multideterminações de caráter estrutural, ideológico e cultural que interpelam as relações estabelecidas entre sujeitos e sociedade. Portanto, partindo de uma perspectiva sócio-histórica, é fundamental termos em mente que a resolução dos chamados problemas sociais tem sido efetuada a partir de práticas punitivas e de controle, com recorrente institucionalização. Historicamente, as classes concebidas como perigosas têm sido entendidas como grupos responsáveis pela degradação social e moral, sendo, portanto, necessária à conformação de aparatos de correção destes sujeitos, tendo a contribuição de diferentes instituições sociais. (GUIMARÃES, 1981)

Tais constatações são assentadas no próprio processo de consolidação das políticas e ações governamentais da área no Brasil. A criminalização aparece nas primeiras décadas do séc. XX, após todo um contexto de negligência governamental, como uma solução uníssona para a resolução de um problema que começava a chamar

a atenção de camadas específicas da população, atrelada a preconceitos classistas, raciais e à força geopolítica de movimentos proibicionistas de países como os Estados Unidos. Com o passar dos anos, mais especificamente na década de 1960, supostas preocupações assistencialistas começam a ganhar força na área, ao serem pautadas por racionalidades psiquiatrizantes que contribuem ainda mais para movimentos de segregação e violação dos direitos humanos, ao acoplar a pecha de doente e, conseqüentemente, incapaz – para além da de criminoso – ao sujeito usuário de drogas. Somente na década de 1980 é que a questão passa a ser abordada também por um prisma de saúde pública, sendo influenciada principalmente pelos movimentos sociais da época, como as Reformas Sanitária e Psiquiátrica, as próprias mudanças democráticas vivenciadas no país, além da inserção da lógica da Redução de Danos como racionalidade assistencial. (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007)

É através desse cenário de criminalização, patologização e conseqüente lacuna assistencial que surgem tardiamente no início dos anos 2000 as primeiras políticas na área. Como principais mecanismos político-normativos, encontram-se: 1) a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas; (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) 2) a Política Nacional sobre Drogas; (BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2005) 3) a Lei 11.343; (BRASIL. LEIS, ETC., 2006) e 4) a portaria 3.088, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Apesar dos avanços propostos, numa tentativa de compreensão e abordagem às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas mais abrangente, humanizada, com foco territorializado, em direção à comunidade e pautada pela redução de danos, esse aparato traz em seu bojo toda essa multiplicidade, heterogeneidade e disputa de visões, em grande parte, paradoxais sobre a temática.

Tais aspectos nos levam a refletir, inclusive, sobre a necessidade de tomar as próprias políticas e aparato normativo/legal da área, enquanto produções também históricas, frutos de seu tempo, ao invés de serem concebidos como produtos estáticos e finalizados. Isso se deve ao fato de serem conformadas por pessoas que expressam valores e concepções ideológicas, ao passo que também se encontram inseridas em uma sociedade que, por sua vez, é configurada

por uma série de estruturas desiguais, reproduzindo determinados modos de vida. Por mais que todo esse aparato represente uma série de avanços na área, problematizamos, portanto, suas capacidades de servirem enquanto instrumentos que, muitas das vezes, acabam por reforçar essa lógica descontextualizada e reducionista sobre a questão das drogas.

Nessa conjuntura, assim como foram criadas instituições de correção para sujeitos delinquentes, criminosos, loucos e desviantes, pobres e miseráveis, diferentes instituições têm influenciado as discussões e políticas na área, ao se ocuparem em buscar explicar o que ocasiona quadros de dependência e mesmo o porquê de as pessoas “escolherem” as drogas. Mídia, Religião e a própria Ciência (a partir de diferentes racionalidades: jurídica, médica, psicológica etc.) têm se articulado e cunhado tentativas de análises e explicações geralmente de cunho normativas, pautadas em uma égide individualizante e orientadas pela moral. Tomam como prisma de análise o sujeito isolado, recaindo em um subjetivismo exacerbado, individualizando e não politizando a questão. Consequentemente o indivíduo é tratado como uma espécie de mônada que não estabelece uma relação dialética com sua realidade social, sendo, portanto, relegado a segundo plano a discussão e enfrentamento das desigualdades sociais em que tais sujeitos se inserem.

Encontramos, portanto, no âmbito da sociedade atual um conjunto de análises que visam explicar o uso, o abuso, bem como o trabalho via tráfico de drogas, como sendo uma escolha individual. Escolha esta respaldada em uma matriz liberal de indivíduo, dono e responsável por si, senhor de suas escolhas, responsável por seus sucessos e também por seus fracassos. Cumpre salientar que esta lógica é coerente com a dinâmica da sociedade atual, que desde o Iluminismo, passa a ser marcada por uma norma do indivíduo como centro da ação humana, tomado como alheio e separado das determinações da realidade social, política, econômica e cultural que incidem sobre ele.

Logo, as explicações de cunho moralistas, recheadas por preconceitos e estigmatizações com relação aos sujeitos usuários de drogas são muito comuns, respaldadas por leituras biomédicas e

organicistas que se articulam a discursos jurídicos, positivistas e conservadores, que terminam por reforçar o controle, punição e encarceramento de certos tipos de usuários. Nesta direção, não fortalecem um ideal de cuidado e a adoção de uma leitura crítica sobre a realidade na qual tais sujeitos se inserem. Coimbra (2007) contribui com o debate ao ressaltar que a sociedade liberal-capitalista tem buscado gerenciar estes conflitos pela via da criminalização, patologização e consequente encarceramento/institucionalização daqueles que tenham práticas consideradas “foras da norma”, inscritas em uma rota do desvio socialmente legitimado. Entretanto, há que ressaltar que tal prática de gerência da desigualdade termina por respaldar práticas de opressão em relação a diferentes sujeitos, grupos e categorias sociais.

Cabe salientar que não buscamos excluir do debate determinados saberes, como a medicina e a psicologia, bem como suas possibilidades de compreensão sobre aspectos do ser humano, especialmente os biológicos e psicológicos. Somente questionamos a constante subvalorização ou, em grande parte, a própria negação do conjunto de determinantes sociais que estão relacionados ao uso e abuso de drogas. Por outro lado, como num passe de mágica, temos observado uma redução analítica ao tomar as drogas (sem preocupação com o que isto realmente quer dizer), como “o” problema social, quase como uma “nova questão social”. (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013)

A partir do exposto, é imperioso analisarmos a relação que se estabelece entre sujeito e drogas a partir da realidade objetiva na qual estes se inserem. Portanto, no caso brasileiro, o quadro social de desigualdades deve ser considerado visando à construção de práticas políticas que objetivem o cuidado, a partir da lógica da redução de danos, com vistas a assegurar à ética e a liberdade no processo de intervenção neste campo. Conforme supracitado, o argumento do presente texto é de que pensar sobre a dinâmica das drogas na realidade e como afetam diferentes sujeitos e comunidades, passa por refletirmos sobre os padrões de desigualdade em nosso cotidiano. Ou seja, o uso, o abuso, a dependência e o tráfico de drogas não ocorrem em um vazio histórico e social, mas cumprem funcionalidades a partir da realidade social na qual se inscrevem.

Dessa forma, cabe a nós pensarmos não só nos indicadores epidemiológicos do uso e abuso de drogas, assim como nos processos de prevenção e tratamento para aqueles com problemas decorrentes do uso e abuso, mas também no outro extremo do gradiente das políticas sobre drogas, que diz respeito à redução da oferta e sua lógica repressiva. Questionamos se há possibilidade de se construir perspectivas de cuidado que tenham como horizonte a garantia de direitos humanos, sem que se questione a própria perspectiva proibicionista que as rege e que é, por princípio, violadora destes direitos.

Nas últimas décadas, no plano mundial, com resquícios no Brasil e em toda a América Latina, acompanhamos um conjunto de movimentos que têm lutado contra a adoção do paradigma proibicionista – ou para a sua reversão – na abordagem à questão das drogas. Tal paradigma é herdeiro da matriz conservadora estadunidense e fortalecido por meio de convenções internacionais, estando articulada a interesses e mesmo uma necessidade de controlar certos grupos não incluídos no mercado capitalista, bem como determinados países.

Soma-se o aparato moral-conservador, regrado a preceitos religiosos, retrógrados e parceiros da manutenção do *status quo*, juntamente com a necessidade de gerenciar quadros de pobreza e miserabilidade, que foram historicamente associados (indevidamente) a comportamentos violentos, criminalidade, forjando, conforme sinalizado anteriormente, a ideia de classes perigosas que precisam ser combatidas. Ou seja, as práticas de uso, o tráfico de drogas, bem como as respostas do Estado a esta questão precisam ser analisadas, considerando a realidade desigual em que nos constituímos que vai exigir então: 1) a necessidade de controle de grupos populacionais a partir da gerência da opressão, como a pobreza, a violência e a criminalidade, seja pela via judicial e/ou pela assistência; 2) a adoção de uma lógica restritiva de proibição do consumo de determinadas drogas ditas ilegais, que alimenta o comércio obscuro, gerando cifras desconhecidas que possivelmente atendem a interesses de grupos sociais dominantes em nossa realidade social.

Estas reflexões se inspiram na tese de Loïc Wacquant (2003; 2011) que considera a conformação nos últimos anos de um crescen-

te Estado Penal e Assistencial em detrimento a um Estado Democrático de Direito em alguns países, especialmente nos Estados Unidos. Ao tomamos suas análises, guardadas as devidas precauções, para pensarmos a realidade brasileira, consideramos que este tipo de Estado (Penal e Assistencial) passa a adotar medidas que reduzem concepções de cidadania e democracia a meros formalismos, e, além disso, passa a atuar como juiz na vigilância e gerenciamento de grupos sociais que representam o próprio declínio/impossibilidade capitalista de produzir riqueza com igualdade de distribuição.

O aumento da população carcerária em alguns países do mundo, especialmente nas últimas décadas, acompanhada por um período de crise estrutural do capitalismo, tem fortalecido a noção de Wacquant (2003; 2011) em relação à criminalização da pobreza, tida como uma das condições necessárias para a gerência do próprio sistema. Como sabemos, em razão do proibicionismo, adotado como norteador das políticas sobre drogas, existe um elevado percentual de encarceramentos associados às drogas. De acordo com o Levantamento de Informações Penitenciárias (INFOPEN)⁵, a população carcerária brasileira, no período de 2000 a 2014, saltou de 232.755 para 622.202 pessoas, o que representa um crescimento de mais de 200%. Deste número, 28% das pessoas encarceradas relacionam-se com a Lei de Drogas (nº 11.343), (BRASIL.LEIS, ETC., 2006) que, desde sua sanção em 2006, representou um aumento do número de presos por tráfico de drogas no Brasil de 31 para 164 mil pessoas, representando, em oito anos, um aumento de 520%.⁶

Indubitavelmente, um Estado que passa a legitimar a vida social a partir desta lógica adotará medidas que apresentarão impactos muito distintos em determinados grupos e categorias sociais. A questão das drogas em nossa sociedade comparece nesta equação, uma vez que ao adotarmos o proibicionismo como paradigma, legitimamos uma racionalidade irreal de extermínio das drogas, conformando um aparato estatal repressivo-assistencial, que opera a partir

⁵ Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>.

⁶ Para maiores informações e discussões mais aprofundadas sobre a política repressiva e criminal de drogas, ler o capítulo 11 "Considerações sobre drogas, sistema carcerário e criminologia crítica", do presente livro.

de distinções equivocadas em relação ao usuário e ao traficante. Esta diferenciação não se dá estritamente por meio do aparato legal, uma vez que a lei 11.343 não estipula critérios objetivos de porte para a tipificação entre usuário e traficante, mas, termina por operar, majoritariamente em virtude de preceitos classistas, raciais e morais, resultando em processos de seletividade penal e criminal. (BOITEUX, 2015)

A partir deste conjunto de aportes, reside como central a tese de que, se há algo que sabemos fazer na área, e temos feito “muito bem” no Brasil até hoje, é aprisionar as pessoas. Aprisionamos por um suposto viés de saúde, através de propostas de tratamento hospitalocêntricas e segregacionistas. Aprisionamos por meio da política proibicionista e seu caráter repressivo. Aprisionamos física e simbolicamente. Ademais, aprisionamos por considerarmos as pessoas que fazem uso de drogas criminosas, perigosas, doentes, incapazes, irracionais, pecadoras, desviadas, vagabundas etc.

Em suma, os motivos são inúmeros e as questões inquietantes também se avolumam: O que temos alcançado com estas práticas? A consolidação de um cenário que não vislumbra a resolução do suposto problema? Não está na hora de pensarmos em outras alternativas? Como os direitos humanos podem contribuir nesta situação?

■ Direitos Humanos e Drogas: considerações finais

As desigualdades sociais ainda vivenciadas no Brasil, relacionadas à concentração de renda, a manutenção de patamares de pobreza e miséria, os quadros de violências contra mulheres, jovens e negros, com expressivos indicadores de extermínio e encarceramento, tem conclamado a refletirmos sobre como este quadro opressor se concretiza em nosso cotidiano e como afetam a potência de vida de diferentes sujeitos sociais.

A consolidação de um patamar de cidadania plena, conforme defendido por Coutinho (1997), nos obriga a enfrentar de maneira corajosa o quadro de opressão e dominação ainda vigente na sociedade brasileira. Superar este padrão opressor e desigual sob o qual nos constituímos é condição *sine qua non* para almejarmos a consolidação de uma sociabilidade orientada pela ética e que possibilite o

pleno desenvolvimento de todos e todas. Trata-se de um horizonte inconcebível, com o que se configurou a partir de uma estética burguesa-capitalista de existência e reprodução humana, sendo, portanto, indispensável a sua superação.

Neste cenário, os direitos humanos devem ser compreendidos como o conjunto de direitos civis, políticos, sociais e econômicos construídos por diferentes atores sociais, a partir de intensas lutas e reivindicações por patamares democráticos e de cidadania no âmbito de nossa civilização. Não se trata de direitos naturais e, portanto, sua concretização estará condicionada a práticas cotidianas de legitimação e afirmação de sujeitos coletivos de direitos alijados historicamente dos centros de poder, a partir da luta por um projeto ético-político que explicita as contradições da ordem vigente, com vistas a edificação de uma sociabilidade pautada pela ética, que prescindir da igualdade e liberdade para se criar, projetar, poder e transformar. (TRINDADE, 2002)

Tais direitos podem ser imaginados como potentes instrumentos a serem empregados contra a barbárie, a violência institucional e simbólica, vividos por muitos e muitos brasileiros (as) na concretização de suas existências. Não devem ser tratados como meros mecanismos legalistas de afirmação da ordem burguesa, mas como possíveis estratégias para sua superação. Nesse sentido, assegurar políticas públicas de qualidade, orientadas por um princípio de solidariedade e universalidade, nas áreas de saúde, educação, previdência e assistência são muito importantes na ordem vigente. Acreditamos que se trata de mecanismos que ainda podem limitar, em razão de sua potência, a barbárie social vivenciada no âmbito da sociedade brasileira.

Além disso, fortalecer ações afirmativas em relação a culturas e grupos sociais não hegemônicos, como o caso da população negra e indígena é crucial para seguirmos construindo rotas alternativas ao instituído. Garantir o cuidado e proteção às crianças e jovens é uma necessidade humana para se assegurar a continuidade da civilização. Eliminar qualquer tipo de opressão e preconceito com relação às identidades de gênero e sexualidades é fundamento essencial para a edificação de uma existência menos vexatória que ainda insiste em se perpetuar entre nós.

Consideramos que tais questões estão diretamente relacionadas à questão das drogas, conforme tentamos demonstrar nos tópicos anteriores. Assim, além de trabalhar para assegurar os direitos humanos dos sujeitos políticos assinalados, inegavelmente estaremos contribuindo também para politizar a questão das drogas, uma vez que esse fenômeno não ocorre isolado das determinações que incidem sobre tais sujeitos. Ou seja, os direitos humanos dos sujeitos usuários de drogas passam pelos direitos de toda e qualquer pessoa inserida na estrutura social desigual e opressora, que precisa ser superada.

Ademais, no que se refere especificamente às políticas sobre drogas, advogamos a necessidade de nos afastarmos de uma discussão orientada por princípios individualistas, organicistas, subjetivistas e conservadores que permeiam o debate na área. Conforme discutimos anteriormente, os marcadores da desigualdade social demonstram a importância de empregarmos as diretrizes dos direitos humanos em todo o processo de abordagem à temática das drogas. O processo de assujeitamento, objetivação e estigmatização, pelos quais são submetidos cotidianamente os sujeitos que usam drogas são incongruentes com uma prática orientada pelos princípios da ética, igualdade e liberdade.

O discurso social hegemônico tem contribuído para políticas e práticas sociais contrários aos direitos humanos dos sujeitos que usam e/ou apresentam problemas decorrentes do uso de drogas, incorrendo em inúmeras implicações: (a) construção de um consenso de que os usuários “escolheram suas situações”; (b) o seu enquadramento como meros doentes (de uma patologia sem cura); (c) a patologização de uma prática histórica da humanidade, desconsiderando-se todo o cenário em que estas ocorrem e a funcionalidade que apresentam na vida de sujeitos e comunidades; (d) a criminalização, concebendo os sujeitos usuários como “bandidos” a depender majoritariamente dos recortes de classe e raça envolvidos. (COSTA; PAIVA, 2016)

Temos clareza de que estas práticas devem ser colocadas em xeque, pois terminam por ocultar e negar a possibilidade de análises mais conjunturais que explicitem padrões de desigualdades econômicas, sociais e políticas históricas e que precisam ser de fato

enfrentadas para assim atuarmos eticamente em relação às drogas que produzem inúmeros prejuízos na vida de certos brasileiros e brasileiras. Consideramos que a partir desse caminho, a defesa dos direitos humanos em uma perspectiva crítica, poderá orientar a construção de políticas na área mais condizente com a realidade social, atravessada por desigualdades históricas, que necessitam ser explicitadas, enfrentadas e superadas.

Por fim, acreditamos que este trabalho, pautado por uma análise crítica da realidade, poderá acionar os direitos humanos como uma real possibilidade na garantia de patamares efetivamente democráticos de existência, fortalecendo um projeto de sociabilidade que vise a emancipação política e humana de todas e todos.

Referências

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, 2009, p.2309-2319.

MARTIN-BARÓ, I. **Psicología de la liberación**. Madrid: Editorial Trotta, 1998.

BERNARDINO, J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v.24, n.2, 2002, p.247-273.

BOITEUX, L. El antimodelo brasileño: prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. **Nueva Sociedad**, v.255, 2015, p.132-144.

BRASIL. Leis, etc. Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 14 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. 2004, p.66.

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Política nacional sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2005.

COIMBRA, C.M.B. Direitos humanos e criminalização da pobreza. In: Freire, S.M. (Org.). **Direitos humanos: violência e pobreza na América Latina contemporânea**. Rio de Janeiro: Letra e Imagem, 2007.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E CARIBE. **Panorama social de América Latina**. Santiago, Chile: Naciones Unidas, 2014.

COSTA, P.H.A.; PAIVA, F.S. Revisão de literatura das concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis**, v.26, n.3, 2016, p.1009-1031.

COUTINHO, C.N. Notas sobre cidadania e modernidade. **Estudos de Política e Teoria Social**, v.1, n.1, 1997.

GUIMARÃES, A.P. **As classes perigosas: banditismo urbano e rural**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em 18 out 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota técnica: atlas da violência**. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=27406>. Acesso em 18 out 2016.

_____. **Políticas sociais: acompanhamento e análise**. 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=25812&Itemid=9>. Acesso em 18 out 2016.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4. ed. Brasília: IPEA, 2011.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, 2007, p.801-21.

MARTINS, J.S. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MARX, K. Population, crime and pauperism. **New-York Daily Tribune**, Sept. 16, 1859. Disponível em: <<https://www.marxists.org/archive/marx/works/1859/09/16.htm>>. Acesso em 18 out 2016.

SHORROCKS, A.; DAVIES, J.; LLUBERASIS, R. **Credit Suisse Wealth Report**. Switzerland: Research Instituto, 2013. Disponível em: <<http://www.julliard.com.au/uploads/cs-global-wealth-report-2013.pdf>>. Acesso em 18 out 2016.

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, 2013, p.44-56.

SOUZA, P.H.G.F.; MEDEIROS, M. Top Income Shares and Inequality in Brazil, 1928-2012. **Sociologies in Dialogue**, v.1, n.1, 2015, p.119-132.

TRINDADE, J.D.L. **História social dos direitos humanos**. São Paulo: Petrópolis, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report**. New York: United Nations, 2015.

WACQUANT, L. **Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003. 476 p.

_____. **A prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

WANDERLEY, L.E. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e o caribenho. In: BÓGUS, L.; YAZBEK, M.C.; WANDERLEY, M.B. (Orgs.). **Desigualdade e a questão Social**. 4.ed. rev. ampl. São Paulo: EDUC, 2013.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. **Social determinants of health: the solid facts**. Geneve: WHO, 2003.

POLÍTICAS DE DROGAS EN COLOMBIA Y SU INTERRELACIÓN CON LOS DERECHOS HUMANOS

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Andrés Felipe Tirado Otálvaro

Introducción

Desde finales de los años 1960, Colombia se convirtió en parte activa de lo que se denomina hoy el “problema mundial de drogas”: el cultivo, la transformación, el tráfico, la distribución y el consumo de sustancias psicoactivas. El asunto de las drogas en este país no sólo ha sido un fenómeno criminal, grave en sí mismo, sino que ha fomentado y alimentado el desarrollo de una buena parte de la delincuencia y violencia que éste sufre: las actividades de cultivo, producción y tráfico se encuentran relacionados con fenómenos diversos como la corrupción, la violencia política, la insurgencia y el terrorismo.(RANGEL, 2005)

A las actividades que conforman la cadena principal del narcotráfico, se suman otras que se han asociado de manera directa o indirecta con ellas, como el lavado de activos, el tráfico de precursores químicos y de armas, el sicariato, la extorsión, el terrorismo y otras formas de criminalidad común y organizada.

Los organismos nacionales e internacionales han enfocado sus controles en tres aspectos: los relacionados con el control de la oferta (cultivo, producción y tráfico); el control de la demanda (consumo y más específicamente la prevención y el tratamiento) y el control a los problemas conexos; aplicando a los dos primeros políticas prohibicionistas.

Colombia ha padecido los efectos de la política de prohibición a las drogas, conocida como ‘guerra contra las drogas’. Las investigaciones basadas en evidencias, muestran cada vez más claramente que las políticas de drogas están teniendo impactos negativos en los derechos humanos. Las políticas prohibicionistas han recrudecido los conflictos violentos en el país, al crear un enorme mercado ilegal controlado por complejas organizaciones delictivas. Estos conflictos se localizan generalmente en zonas empobrecidas, profundizando aún más el deterioro de las condiciones de vida y la estigmatización de sus habitantes. Asimismo, las políticas represivas tienden a vulnerar de manera directa los derechos humanos de miles de personas, en especial de aquellas que son judicializadas y de quienes son enviadas a la cárcel, pues suelen enfrentar condiciones inhumanas, como las asociadas con el hacinamiento. Igualmente las políticas han tendido a tener impactos en ciertos grupos especialmente vulnerables, y por esa vía, reproducen la discriminación y terminan vulnerando derechos fundamentales. (WOLA, 2014)

Entre los problemas ocasionados por la implantación de las políticas de drogas en Colombia y su afectación de los Derechos Humanos se destacan los siguientes.

■ **El incremento de los niveles de violencia**

Las políticas de prohibición en relación a las drogas en Colombia han favorecido la formación de organizaciones armadas dedicadas a actividades criminales, entre las que se destaca el tráfico de drogas, que producen fenómenos de violencia importantes, asociados ade-

más al tráfico de armas, a las disputas por los territorios, la corrupción y el socavamiento de las instituciones democráticas, especialmente la policía, la justicia y las instituciones de gobierno, lo cual terminado afectando los derechos de las personas. (WOLA, 2014)

La historia reciente de Colombia está marcada por la violencia de las grandes mafias y su guerra frontal contra el Estado por el negocio de las drogas. Durante la década de los 1980 y buena parte de los 1990, dicha violencia fue protagonizada por grandes carteles asumiendo la forma de atentados dinamiteros, secuestros y homicidios. En esa época se alcanzó la tasa más alta de homicidios en las últimas 5 décadas (81 homicidios por cien mil habitantes), en Colombia.

Los actores del conflicto armado también respondieron a los incentivos económicos generados por la prohibición de las drogas al entrar en alianza con las mafias del narcotráfico. Por un lado, la guerrilla de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) comenzó cobrando impuestos a los narcos por producir la hoja de coca y utilizar rutas internas de tráfico en su territorio, por el otro, las autodefensas se aliaron con los carteles de la droga con el fin de consolidar una estrategia contrainsurgente que atacara las zonas cocaleiras dominadas por la guerrilla. Ambos grupos armados fortalecieron su capacidad militar por medio del lucrativo negocio de la droga y, de esta manera, aumentaron las dimensiones del conflicto armado colombiano y de sus víctimas, las que han continuado vigentes, aunque matizadas por la negociación que el gobierno colombiano, ha tenido y está teniendo con estos grupos (WOLA, 2014).

■ **Campañas de erradicación forzada con su impacto en los derechos humanos, en particular los Derechos Económicos Sociales y Culturales de poblaciones campesinas, rurales y poblaciones desplazadas**

La erradicación forzada es un aspecto profundamente arraigado de las políticas para el control internacional de las drogas; sin embargo existe evidencia de que la erradicación causa mucho daño a los cultivadores y sus comunidades: aumenta la pobreza para algunos de los sectores más pobres de la sociedad, fomenta violaciones de derechos humanos, fomenta inestabilidad política y conflicto social, y con

frecuencia beneficia a actores armados ilegales. Una vasta mayoría de quienes cultivan hoja de coca y adormidera son agricultores pobres y a pequeña escala, de modo que la rápida destrucción de una de sus principales fuentes de ingreso exacerba su pobreza, reforzando su dependencia a los cultivos orientados al mercado ilegal.

Las regiones donde los cultivos ilícitos prosperan se caracterizan por la extrema pobreza, la falta de presencia del Estado, una limitada infraestructura física, el escaso acceso a servicios básicos y, en ocasiones, el verse involucrados en conflictos armados. Más allá de exacerbar sus ya de por sí precarias condiciones económicas, la erradicación forzosa pone también en peligro de otras maneras a los agricultores y comunidades a las que va dirigida, pues frecuentemente ocurren abusos y violaciones a los derechos humanos durante operaciones de erradicación, dado que las víctimas tienen ingresos mínimos y tienden a vivir en regiones alejadas del país, cuentan con escasos recursos legales. (WOLA, 2014)

■ **Leyes de drogas y la situación carcelaria**

El énfasis de la fiscalización de drogas en sanciones penales ha dado lugar a un gran aumento del número de personas encarceladas por delitos de drogas. La aplicación de leyes severas para los delitos relacionados con drogas ha resultado en la sobrecarga de tribunales y cárceles, y el sufrimiento de decenas de miles de personas tras las rejas por pequeños delitos de drogas o por su simple posesión. El peso de las leyes de drogas se ha sentido con mayor fuerza entre los sectores más vulnerables. (WOLA, 2014)

La severidad de las actuales leyes de drogas y su agresiva aplicación son un factor determinante en el aumento de las tasas de encarcelamiento y en la situación de hacinamiento. Aunque es difícil probar una relación causal directa, principalmente por la falta de datos confiables de las autoridades penitenciarias y otras fuentes gubernamentales, por lo menos se observa una correlación evidente. En algunos países de la región, entre 1992 y 2007 la tasa de encarcelamiento aumentó en promedio más del 100 por ciento.

La gran mayoría de personas privadas de libertad por drogas proceden de los estratos más bajos de la cadena del tráfico. En el caso de Colombia, aproximadamente el 2% del total de los presos

por delitos de drogas son mandos medios y altos. En otras palabras, el 98% de las personas privadas de la libertad por este delito no habrían tenido – o no se les habría podido probar – una participación importante en las redes del narcotráfico. (WOLA, 2014)

■ **Criminalización del consumo de drogas**

En Colombia una de las principales herramientas de las políticas sobre drogas ha sido la justicia penal, que ha repercutido muchas veces en los consumidores. A partir del siglo XX, y en especial a partir de la segunda mitad, se fueron endureciendo las leyes penales respecto a distintas conductas vinculadas a las drogas. En muchos casos el repertorio represivo incluyó las conductas de los usuarios de estas sustancias, a quienes se los criminalizaba como parte de la estrategia de reducción de la oferta, bajo el slogan: “sin usuarios no hay tráfico de drogas”, lo que sin duda vulneró los derechos humanos de muchos consumidores.

■ **La atención socio-sanitaria de los consumidores y los derechos humanos**

Entre otro de los efectos de la criminalización del consumo de drogas se distingue la estigmatización que sufren las personas que consumen drogas. La estigmatización y la criminalización son una de las más evidentes barreras al acceso a la atención en salud. En este sentido, el relator de la ONU contra la tortura y otros tratos crueles y degradantes, Juan Méndez señala que “(...)al recibir atención médica esta se considera una experiencia humillante, punitiva y cruel (...)” (WOLA, 2014, p.49)

Este capítulo se centrará en estos dos últimos aspectos y revisará la normatividad relacionada con la reducción de la demanda del consumo de drogas en Colombia y analizará como ésta, ha afectado los derechos humanos de los consumidores.

■ **Reducción de la Demanda al Consumo de Drogas en Colombia y Derechos Humanos**

Colombia dejó de ser un país productor para convertirse también en uno consumidor de drogas; sin embargo, el auge del narco-

tráfico y la violencia han hecho que se hayan invertido en los últimos años cerca de 1.200 millones de dólares anualmente para combatir oferta de drogas y desarticular las organizaciones vinculadas a este negocio, cifra 15 veces más alta que el presupuesto asignado a las políticas de reducción de la demanda. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2015) Lo anterior refleja el desbalance de la política, al prestar más atención al asunto del tráfico de drogas que al consumo de éstas, delegando las acciones preventivas a sectores diferentes al Estatal o promoviendo normas que penalizan el porte y el uso personal de drogas. (CIVIL SOCIETY TASK FORCE, 2015)

Un análisis de las tendencias de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, entre 1990 y 2013 permite identificar cinco patrones específicos de evolución que describen de manera precisa la situación actual del tema en el país. El análisis toma en cuenta los resultados de los estudios nacionales de los años: 1992 y 1996. (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 1992, 1996, 2001, 2003, 2004, 2009, 2013; COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2002, 2003; COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; CICAD; OEA, 2004, 2008) Los cinco patrones encontrados son:

- El consumo tiende al aumento;
- El consumo es más frecuente en jóvenes de zonas urbanas;
- El consumo se inicia a edades cada vez más tempranas;
- Las mujeres tienden a igualar el consumo de los hombres;
- Aparecen y toman fuerza en el mercado nuevas sustancias.

Datos del último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en 2013 dan muestras de la magnitud del problema. En relación con el uso de sustancias ilícitas, los datos de la inves-

tigación indican que el 13% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos, e inhalables) al menos una vez en su vida, con una frecuencia del 19.9% en los hombres y del 6.5% en las mujeres. El uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3.6% de los encuestados, lo que equivale a unas 839 mil personas. El consumo reciente es superior en los hombres (5.9%) frente a las mujeres (1.4%). El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una proporción del 8.7%, seguido por los adolescentes con un 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una frecuencia del 4.3% para dicho período. Entre los consumidores, unas 484 mil personas cumplen criterios de abuso o dependencia (con una razón de una mujer por 4 hombres) y estarían en condiciones de requerir algún tipo de assistência. (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2013)

El impacto del consumo de drogas tanto legales como ilegales en la salud pública es indiscutible, genera problemas y trastornos de distinta índole, afecta a un alto número de personas, y origina dolor, sufrimiento, enfermedades, afecta la calidad de vida, tien un impacto sobre los años de pérdida de vida, genera lesiones y altos costes de los servicios sanitarios, aspectos que al no ser atendidos de manera directa o indirecta vulnera los derechos de los consumidores (MURRAY et al., 2013).

En contraste con las cifras de consumo y su incidencia en la salud pública, otro de los problemas que ha tenido Colombia en relación con el fenómeno drogas ha sido la carga para el sistema judicial y el sufrimiento de muchos consumidores que terminaron judicializados, sin recibir tratamiento. Para el año 2009, en Colombia, el 17% de las personas privadas de la libertad, lo estaban por delitos relacionados con drogas, muchos de ellos condenado por porte de sustancias (TRANSNATIONAL INSTITUTE, 2010); situación similar a la del resto de la región donde miles de personas son llevadas a prisión por posesión de drogas con el consecuente deterioro económico que esto trae para los sistemas financieros y judiciales de los Estados. (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES, 2015)

Con respecto a las políticas públicas relacionadas con el consumo de drogas ilegales, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013), ha identificado en la historia de la regulación del consumo algunos hitos, con una evolución acelerada en los últimos 20 años.

El panorama jurídico colombiano desde la firma de la Ley 30 (1986), por medio de la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacentes (COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, 1986), fue particularmente represivo y con un enfoque prohibicionista; sin embargo a partir de 1994 cuando se da inicio a la fase de despenalización por parte la Corte Constitucional a través de la sentencia C-221 (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 1994), las políticas sobre el tema del fenómeno drogas han venido presentando importantes cambios. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013; UPRIMNY et al., 2014)

Durante la mayor parte del siglo pasado el consumo de drogas se abordó bajo un enfoque prohibicionista y represivo orientado hacia la criminalización del consumo y el tratamiento obligatorio de los Trastornos por Uso de Sustancias – TUS. (UPRIMNY et al., 2014) En tal sentido, quienes fueran sorprendidos portando, consumiendo o conservando drogas eran sancionados con arresto y multa, mientras que si se encontraba que el consumidor, tras un peritaje médico-legal era diagnosticado como “adicto”, la sanción a imponer era la reclusión en un centro de tratamiento psiquiátrico o similar – artículo 51 y 87 de la Ley 30 de 1986. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013) La legislación colombiana antes de 1994 no hacía una diferenciación entre los tipos de consumos o las clases de sustancias, y sus definiciones imprecisas y abiertas ampliaron el ámbito de represión, lo cual favoreció a reproducir estereotipos culturales asociados al uso de drogas que generalizaron la estigmatización y marginalización de los consumidores. (UPRIMNY et al., 2014)

Las normas represivas frente al uso de drogas y sus consumidores empezaron a ser debatidas bajo el argumento constitucional

del libre desarrollo de la personalidad; así fue como los artículos antes mencionados, fueron declarados inexecutable en la Sentencia C 221. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 1994)

A partir de éste año se estableció que el porte de drogas ilícitas para uso personal al igual que el consumo de estas no sería objeto de penalización, y que no podría obligarse a las personas a recibir un tratamiento obligatorio, puesto que el consumo de drogas – incluso el problemático –, no fue considerado por la Corte como una conducta que produjera daños a terceros o al mismo consumidor. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 1994) Considerando lo anterior, el Estado no podía prohibir el consumo ya que cada individuo tiene derecho al libre desarrollo de la personalidad según el artículo 16 de la Constitución Política Colombiana. (LÓPEZ, 2004)

A pesar de las disposiciones de la Corte Constitucional, el gobierno de turno cuando se falló la tutela César Gaviria (1990-1994) y el siguiente, Ernesto Samper (1994-1998), intentaron volver a penalizar “la dosis personal” y sancionar el consumo, argumentando que la despenalización era contraria al compromiso asumido por el país de “guerra contra las drogas”, determinado por el gobierno americano durante el mandato de Richard Nixon. Dicho debate no trascendió, y nunca más fue tema de discusión hasta la llegada al gobierno de Álvaro Uribe (gobernante de 2002-2010), quien propuso de nuevo la necesidad de sancionar el consumo y la dosis personal. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 2011)

En el año 2003 durante el mandato de Uribe Vélez se convocó a un referendo para poner a consideración del pueblo colombiano un proyecto de Reforma Constitucional para modificar el artículo 16 de la Constitución sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad y poder nuevamente penalizar el consumo. Este intento no tuvo frutos porque la pregunta relacionada con este asunto fue declarada inconstitucional por medio de la Sentencia C-551 de 2003, por violación al principio que el proyecto original no incluía ningún numeral contra el narcotráfico y la drogadicción. (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 2003)

Agotada esta vía, la insistencia del Presidente Uribe por penalizar el consumo presionó para que el tema fuera introducido du-

rante los debates del órgano legislativo. En el 2006, por medio del Acto Legislativo 133 de 2006 (COLOMBIA. CÁMARA DE REPRESENTANTES, 2006), se propuso nuevamente reformar el artículo 16 de la Constitución Política de Colombia sugiriendo el siguiente enunciado:

[...] Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. En garantía del libre y efectivo desarrollo de la personalidad, especialmente de niños y adolescentes, la ley podrá establecer sanciones no privativas de la libertad al consumo y porte de sustancias alucinógenas o adictivas para uso personal[...].(COLOMBIA. CÁMARA DE REPRESENTANTES, 2006, p.1, grifo nosso)

Sin embargo este proyecto de reforma no fue aprobado por el Congreso de la República.

El presidente Uribe no desistió en su intento y fue así como en el año 2007 propuso nuevamente mediante el proyecto de Acto Legislativo No 22 (COLOMBIA. SENADO DE LA REPÚBLICA, 2007) sancionar el porte y consumo de estupefacientes, pero nuevamente esta propuesta fue rechazada.

Posterior a esto, en el año 2009 el Gobierno Uribista propuso mediante el Acto Legislativo 285, modificar el artículo 49 de la Constitución Política para prohibir el porte y consumo de estupefacientes o sustancias psicotrópicas salvo prescripción médica, haciendo hincapié en que dicha propuesta no pretendía penalizar mediante medidas carcelarias al consumidor, sino acompañarlo a él y a su familia con medidas pedagógicas, profilácticas y terapéuticas a superar sus dificultades. De igual modo se propuso la creación de los Tribunales de Tratamiento,

[...] en los cuales funcionarios de la rama judicial (fiscales y jueces) en un trabajo conjunto con profesionales del sector de la salud (médicos, psicólogos, toxicólogos y terapeutas), pudieran acompañar integralmente al consumidor de drogas ilícitas, ayudándole a tomar conciencia de los efectos de su consumo y

de la necesidad de un tratamiento terapéutico[...]. (COLOMBIA. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO; COLOMBIA. MINISTERIO DEL INTERIOR; COLOMBIA. MINISTRO SALUD Y PROTECCIÓN, 2009, p.38)

Dicho proyecto también establecía que sería el legislador quien tendría la potestad de reglamentar cómo se harían efectivas las medidas para quienes fuesen detenidos o capturados consumiendo sustancias estupefacientes para uso personal, distinguiéndolos de aquellos que portan drogas con fines lucrativos. (COLOMBIA. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO; COLOMBIA. MINISTERIO DEL INTERIOR; COLOMBIA. MINISTRO SALUD Y PROTECCIÓN, 2009)

La reforma del artículo 49 de la Constitución finalmente fue sancionada mediante el Acto Legislativo No. 2 del 21 de diciembre del 2009, pero negándose la propuesta de tribunales de tratamiento. El acto legislativo, pasó a revisión de la Corte Constitucional, quien mediante Sentencia C-574 de 2011 estableció que dicha reforma no implicaba la penalización del porte para consumo, sino la posibilidad de aplicar medidas de carácter administrativo ya fuese de tipo pedagógico, profiláctico o con fines terapéuticos, con el consentimiento informado de la persona, (COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 2011) incluyendo además el concepto que todo porte superior a la dosis personal incluso en cantidades leves (situación que queda bajo criterio subjetivo del juez) puede llevar a la judicialización de la persona cuando se comprueba que dicho porte no tiene como fin último el consumo (UPRIMNY et al., 2014); aspecto que generó nuevamente ambigüedad jurídica y que llevó al país en un periodo de incertidumbre ya que se autorizaba el consumo y porte de la dosis personal, pero se prohibía la producción, distribución y venta de drogas. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2015) En tal sentido no era claro cómo debían proceder las autoridades policiales y judiciales frente a la prohibición constitucional. (UPRIMNY et al., 2014)

Con la llegada del presidente Santos al Gobierno (periodo 2010-2014, y reelegido hasta el 2018) la postura frente a la política

de drogas del país empezó a ser más liberal, proponiéndose la revisión de las políticas internacionales actuales a la luz de los derechos humanos y los enfoques de la salud pública en las políticas de reducción de la demanda, con beneficio para los consumidores e incluyendo el contemplar entre los mecanismos de control de la oferta un trato distinto a los pequeños cultivadores y pequeños traficantes, dentro del marco filosófico del derecho minimalista.

Bajo el nuevo discurso propuesto por el presidente Santos, a partir del año 2012 se restableció la despenalización del consumo de drogas, al tiempo que se reconoce que el consumo de drogas puede generar daños a la salud y generar efectos colaterales sobre las personas y su entorno, entendiéndose el consumo de drogas como un tema de salud pública, y no como un delito o como un crimen, por lo cual se hace un mayor énfasis en las medidas preventivas y terapéuticas. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2015)

En ese mismo año, el Congreso de la República emite la Ley 1566 de 2012, mediante la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas. (COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2012) A partir de ésta Ley se reconoce el consumo, el abuso y la adicción de drogas como un asunto de salud pública y del bienestar de la familia, la comunidad y los individuos; motivo por el cual tanto el abuso como la adicción deberán ser tratados de manera integral como una enfermedad por parte del Estado, lo que supone un enfoque de atención al consumidor amparado en los derechos humanos.

■ **Los Efectos de la Prohibición en los Consumidores de Drogas en Colombia**

La estigmatización y criminalización de los consumidores

Los modelos punitivos han creado imaginarios y representaciones sociales que llevan a que los consumidores de drogas sean etiquetados, estigmatizados, discriminados, y perseguidos con la consecuente violación de derechos reconocidos internacionalmente, como el derecho a la autonomía, a la autodeterminación y al libre desplazamiento. (CIVIL SOCIETY TASK FORCE, 2015)

Los consumidores de drogas suelen verse excluidos de manera parcial o total de espacios de participación ciudadana y enfrentan múltiples barreras para acceder a los beneficios sociales que por ley les corresponde, lo cual incrementa su vulnerabilidad en términos de derechos humanos y derechos sociales básicos, fragmentando además sus redes sociales, lo cual tiene un impacto directamente proporcional a los daños asociados al consumo de drogas. (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2007)

La estigmatización de los consumidores de drogas vulnera constantemente derechos fundamentales como la salud, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad, la no discriminación y el debido proceso, entre otros. (COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS, 2014) El estigma que sufren los consumidores se genera por las actitudes de discriminación de la sociedad y favorece la dificultad en el diagnóstico oportuno de comorbilidades asociadas, profundizando la situación social de desventaja de estas personas e incrementa las barreras de accesibilidad a la atención en salud. (VÁSQUEZ, 2009)

El estigma genera sentimientos de vergüenza que contribuyen a que los usuarios de drogas sientan temor de acercarse a las instituciones públicas y buscar el apoyo que necesitan, ya sea para reclamar sus derechos, para obtener los beneficios de programas sociales o acceder a los servicio de salud (INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y NACIONES UNIDAS, 2013) a los cuales tienen derecho como cualquier ciudadano independiente de su condición como consumidor. La persecución de los consumidores por su conducta, limita su acceso a diferentes servicios públicos, impide que el Estado cumpla con su papel de asegurar la satisfacción de las necesidades en salud de sus pobladores y deja en evidencia la ineficacia de las políticas coercitivas. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

El consumo de drogas a pesar de la prohibición, es una actividad legítima amparada por derechos fundamentales, y en particular por la dignidad humana para los mayores de edad en Colombia; sin embargo, hay evidencia empírica de que en Colombia algunos usuarios por el solo hecho de portarlas han sido procesados por la

justicia penal o han sido sometidos a retención transitoria por parte de la policía, (UPRIMNY et al., 2014) aun cuando la Sentencia C-720 de 2007 de la Corte Constitucional es clara en cuanto a que las estaciones de policía no son sitios idóneos para la protección de las personas a las que se retiene transitoriamente,(COLOMBIA. CORTE CONSTITUCIONAL, 2007) desconociéndose que el consumo de drogas está despenalizado, y que la retención vulnera los derechos de los consumidores. (UPRIMNY et al., 2014)

Sumado a lo anterior, la falta de claridad sobre la cantidad de sustancia que se puede portar para consumo personal, otorga a la autoridad policial un alto poder discrecional, lo cual sumado a la corrupción termina por vulnerar aún más los derechos de los consumidores. (COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA, 2009)

Las malas prácticas y la falta de ética en instituciones públicas como la policía, ha generado la criminalización de la política y la politización del crimen. (COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA, 2009) Es así como se reportan casos en los que al parecer los policías para cumplir con las cantidades mínimas establecidas de incautación, decomisan drogas a consumidores, independiente si están o no contempladas dentro de la dosis mínima personal; con lo cual no solo se afectan los derechos de los consumidores, sino que se demuestra una falsa eficiencia en términos de incautación relacionada con el tráfico, ya que los agentes de policía en lugar de perseguir casos de tráfico de grandes cantidades de droga, prefieren perseguir a los consumidores, que lejos de ser violentos y amenazar el orden público, representan una oportunidad para hacer cumplir y respetar las leyes. (UPRIMNY et al., 2014)

Los estigmas hacia los consumidores no los tiene solo la ciudadanía ya que también es frecuente que los agentes de policía ejerzan una persecución más severa sobre personas que cumplan el perfil de ser hombres jóvenes y de estratos bajos, ya que esa población se asocia normalmente con la inseguridad, los hurtos y las riñas; de modo tal que las autoridades terminan condicionado el consumo de drogas al sexo, la edad, la clase socioeconómica y la apariencia física. (UPRIMNY et al., 2014)

De otro lado algunos fiscales adelantan los casos de consumidores que poseen cantidades superiores a la dosis personal con el fin de auto abastecerse, bajo el supuesto de que se trata de un porte, pues la prueba del tráfico es mucho más exigente (UPRIMNY et al., 2014), lo anterior no solo vulnera los derechos de los usuarios sino que también afecta la eficiencia del sistema judicial en términos de tiempos y recursos. (COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS, 2014)

Tanto los jueces como los fiscales tienen la idea generalizada de que la droga es para consumo cuando quién la porta es un paciente con diagnóstico TUS, motivo por el cual gran parte de la estrategia de defensa consiste en tratar de demostrar que el procesado tiene dicha enfermedad, lo cual termina siendo una práctica judicial inconstitucional, en tanto ya no es el Estado quien prueba que la conducta es punible por el delito de tráfico, sino que es el procesado quien debe probar su inocencia declarándose “adicto” (UPRIMNY et al., 2014), olvidándose que es el Estado el que debe garantizar la libertad y la igualdad ante la ley de sus ciudadanos, en términos de la dignidad humana, evitando que la desigualdad vulnere la libertad individual. (ECHEVERRY, 2007)

■ Problemas a la Salud Pública

La criminalización y estigmatización de las personas que usan drogas, al igual que la negación a brindar una atención integral por parte de los servicios de salud, representa una indudable vulneración de los derechos de los consumidores y se traduce en el aumento de enfermedades con importantes costos para la salud pública.

Las personas que consumen drogas psicoactivas corren peligro de contraer el VIH, la hepatitis C y otras enfermedades infecciosas al compartir y volver a usar jeringas y otros equipos de inyección que fueron utilizados por personas infectadas. Así mismo, el consumo de ciertas drogas puede hacer aumentar un comportamiento sexual de riesgo que a su vez puede favorecer la transmisión de infecciones de transmisión sexual y VIH.

Como antecedente importante de esta consecuencia, existe en Colombia, en un estudio de prevalencia de VIH y comportamientos

de riesgo asociados en usuarios de drogas por vía inyectada en Medellín y Pereira, realizado en el 2010 donde se reportaron prevalencias de 3,8% y 1,9% respectivamente, mayores que en la población general. (BERBESI; MONTOYA; SEGURA, 2012) De igual manera, la tuberculosis (TB) es el otro problema de salud pública presente en los consumidores de drogas, más cuando estos son habitantes de la calle, en quienes por su doble vulnerabilidad se le violan más frecuentemente sus derechos. En Colombia para el año 2014 se reportaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública 12.824 casos de TB, estimándose que aproximadamente 3.000 personas con la enfermedad aún no han sido diagnosticadas (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2015), encontrándose estos sobre todo en población habitantes de la calle, quienes en una gran mayoría consumen sustancias psicoactivas.

■ Barreras de acceso al tratamiento

El fuerte impacto en salud del consumo de sustancias psicoactivas ha sido documentado en diversidad de países con distintos niveles de desarrollo y ello ha llevado a revisar los enfoques, las lógicas, las consecuencias de las políticas antidrogas que podrían ser tantos o más lesivos que las drogas mismas.

Rob Moodie recordaba que la Declaración Universal de los Derechos Humanos determina que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en derechos y dignidad, y que aun cuando se han definido algunas condiciones que limitan tal ejercicio y que pueden llevar a que alguien pierda el derecho humano a la libertad, no existe razón o condición que justifique la restricción al ejercicio del derecho a la salud. (MOODIE, 1997)

Este se ha incluido explícitamente en diversas convenciones y particularmente en el artículo 12 del Pacto Internacional por los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y en él se determina que como mínimo los Estados deben asegurar que no se cause daño a la salud de las personas y que sus necesidades básicas en salud se vean satisfechas.

Sin embargo, cuando se habla del consumo surgen tensiones en torno al derecho que tienen o no los individuos de optar en li-

bertad por hacerse daño o no, así como la reflexión de si el daño individual supone per se un daño colectivo. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

Algunas consideraciones se refieren al potencial adictivo de las drogas o a la pérdida de la capacidad de gobernarse a sí mismo, por el hecho de consumir. Pero más allá de reconocer que el ideal siempre será proteger el bien común, los Estados deben ocuparse de garantizar los medios para que todo individuo, independientemente de su situación o de sus opciones de vida, ejerza sus derechos y responsabilidades. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

Aun cuando se siga argumentando que el consumo de drogas es una amenaza a la salud pública, se reconoce cada vez más que la mejor manera de responder no es a través de medidas coercitivas. La persecución de una persona por su conducta (independientemente de las razones que haya detrás de ella) limita su acceso a servicios con los que otras personas cuentan y, en tal sentido, el Estado no podría asegurar a esta persona la satisfacción de sus necesidades en salud. (MOODIE, 1997)

La guerra contra las drogas y contra el consumo con frecuencia deriva en una guerra contra el consumidor, deshumanizándolo, restringiendo su ejercicio ciudadano y su acceso a los servicios de salud. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

En esta materia los consumidores también enfrentan situaciones que amenazan sus derechos. En efecto, aunque el ordenamiento jurídico colombiano ha reconocido que los usuarios de drogas de uso ilícito son titulares de derechos, que incluye el acceso a servicios de atención, tratamiento y rehabilitación voluntarios, y que existe una política nacional frente al consumo que incorpora componentes fundamentales para hacerlos efectivos, la oferta real en materia de rehabilitación enfrenta múltiples limitaciones.

Así, por ejemplo, está fuertemente concentrada en las grandes ciudades y hay un enorme sub registro, que permite que existan múltiples centros clandestinos que escapan por completo al control del Estado. Además, incluso aquellos que están registrados oficial-

mente reciben un control precario por parte de la institucionalidad oficial. En efecto, la acreditación de los centros de atención es brindada por el Ministerio de Salud y las instituciones competentes cuando se comprueba el cumplimiento de requisitos formales básicos, pero no se toma en cuenta la calidad del servicio efectivamente prestado y de la atención recibida por parte de los usuarios. De esta forma, aunque está de por medio el derecho a la salud de los consumidores de drogas de uso ilícito, no hay garantías plenas para el cumplimiento efectivo de todos los componentes del derecho, en especial en lo que tiene que ver con disponibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

En Colombia, es apenas ahora con el nuevo enfoque de la política pública que se ha flexibilizado un poco la mirada frente al consumo, reconociendo que se trata de un fenómeno que existe y existirá, que siempre habrá personas que opten por consumir drogas de manera continuada, que a pesar de ello las personas pueden transformar sus prácticas, correr menos riesgos, tener menos daños, integrarse a la vida social y productiva y ejercer su ciudadanía con acceso a servicios, información, medicamentos y medios para cuidarse a sí mismos y a sus redes.

Todas estas condiciones son necesarias para minimizar el impacto negativo que este comportamiento tiene sobre la salud individual y colectiva, asegurar el derecho a la información, a la educación, a la no-discriminación y a la salud. De esta forma también se reconoce que la salud de las comunidades depende en buena medida de la salud de los consumidores de drogas, no sólo de la salud física, sino mental y social.

Las políticas sociales y de salud deben dialogar entre sí más aún cuando tienen como tema común la salud pública, la promoción de la salud y la prevención del riesgo y del daño; deben estar fundamentadas en el respeto a la dignidad humana y no sólo hacer lo que es correcto a la luz de los derechos humanos sino también contribuir a mejorar los resultados de las intervenciones y asegurar su efectividad. (MOODIE, 1997)

Pese los nuevos aires de las políticas públicas en Colombia en relación con el consumo de drogas, los factores que condicionan la

utilización de los servicios de atención en farmacodependencia, es otro de los elementos que vulneran los derechos de los consumidores. En la actualidad en Colombia, pese la reciente norma Ley 1566, que garantiza el tratamiento a las personas aquejadas por problemas de drogas, este no es prestado, por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que ante la excusa de falta de reglamentación, no autorizan el servicio, vulnerando los derechos de los consumidores que, por los problemas ocasionados por el consumo, buscan ayuda. Ante esta falta de atención han sido organizaciones no gubernamentales las que han asumido el tratamiento de las personas con TUS, muchas de ellas sin la suficiente idoneidad y personal capacitado para hacerlo.

En relación a los tratamientos, es necesario reflexionar respecto al tipo de prácticas que en muchos centros se realizan, sin la supervisión y el control del Estado. Aunque cada vez son menores, en Colombia muchos de los tratamientos incluyen en algunos casos la prescripción excesiva de psicofármacos y en otros la ausencia de medicación sustitutiva que ayude a paliar los efectos de la abstinencia; con ocurrencia de abusos verbales, ejercicios de tipo militar e incluso golpes y palizas y el sometimiento de los “pacientes” a trabajos forzado enmarcados bajo el nombre de “rehabilitación”; ofreciendo además condiciones de vida que distan mucho de considerarlo trato humano.

En cuanto a la cuestión del control del Estado sobre los centros de tratamiento, es un tema que difícilmente entra en las agendas locales de discusión política sobre salud y derechos humanos, haciéndose necesario implementar mecanismos para monitorear, regular, y de ser necesario sancionar, los abusos y las violaciones a derechos básicos de los consumidores que buscan rehabilitarse cuando ya tienen problemas por el consumo.

Entre las barreras que afectan los derechos sociales de personas que consumen drogas reportadas en Colombia se destacan el hecho que algunas EPS aún se resisten a cubrir programas de rehabilitación que pueden ser largos y costosos, obligando a los usuarios a interponer acciones de tutela para amparar sus derechos; por otro lado los exagerados trámites administrativos para acceder a dichos

servicios no solo resultan desgastantes, sino que también desmotivan e impiden el acceso, ya que en ocasiones los usuarios deciden asumir los costos por cuenta propia; lo anterior hace que la elección de los tratamientos deje de ser libre y se reduzca a la capacidad económica de los usuarios, lo que en diversas oportunidades redundará en que las personas se vean obligadas a acudir a servicios de baja calidad y con mayores probabilidades de afectación de su integridad y sus derechos. (UPRIMNY et al., 2014)

Los consumidores más vulnerables – personas con VIH, habitantes de calle, mujeres, población con orientación sexual diversa y quienes viven en condiciones de miseria, entre otros – tienen múltiples barreras de acceso que afectan su derecho constitucional a la salud ya que en muchas oportunidades no cuentan con la documentación y/o registro necesario para ser atendidos, motivo por el cual les niegan los servicios, les exigen pagarlos de manera particular; o lo que es peor, son rechazados, discriminados y excluidos por los trabajadores de salud debido a su condición. (UPRIMNY et al., 2014) El ideario estigmatizante producto de las políticas prohibicionistas, domina el imaginario social y repercute en el actuar no solo de actores policivos, judiciales y legislativos, sino también en el de los profesionales en salud, lo que incrementa la marginación, la exclusión y la vulneración del Derechos Sociales de los usuarios de drogas. (VÁSQUEZ, 2009)

■ Reflexiones Finales

Actualmente existe a nivel internacional un fuerte consenso de que el consumo no es un tema de índole penal, sino un asunto social y de salud pública; a pesar de ello, las respuestas de los gobiernos latinoamericanos no distinguen entre los diferentes tipos de uso, sustancias y consumidores, lo que se traduce en políticas, prohibitivas y punitivas, las cuales resultan inadecuadas para abordar la complejidad del fenómeno. (COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS, 2014) Las políticas represivas que vinculan el consumo de drogas con la delincuencia limitan el acceso de los consumidores a los servicios de salud, atiborra las cárceles y confina a los usuarios de drogas a lugares marginales que los hacen más vulne-

rables a la acción del crimen organizado. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013; COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA, 2009; QUINTERO, 2005)

El contexto punitivo que enmarca el modelo neoliberal de leyes contra el consumo de drogas, produce significaciones que han estructurado un discurso hegemónico caracterizado por la criminalización y estigmatización de las personas que usan drogas. (VÁSQUEZ, 2009) En tal sentido, la ley podría entenderse como la simbolización de la afirmación de normas sociales e ideales públicos y como medio de control social. (ESCOHOTADO; URRALBURU; DE CARRANZA, 1991) Sin embargo, una mirada integral al tema se opone a posturas ideológicas parcializadas las cuales convierten al consumidor en objeto de persecución social y legal, e interpretan el asunto más como un problema político y no como un fenómeno social o sanitario. (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2007)

Colombia ha empezado a tener avances en el abordaje del fenómeno del consumo de drogas, ha llevado la discusión actual sobre el tema hacia un enfoque de salud pública y de derechos humanos como contra propuesta a las miradas represivas de cero tolerancia, lo cual implica dejar de discriminar a los consumidores y de entender el consumo como un delito, (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013) pero pese estos adelantos como hemos podido evidenciar, la respuesta estatal en Colombia al consumo de drogas sigue enfrentando problemas tanto a nivel normativo, como a nivel práctico.

A pesar de los avances en legislación colombiana en relación al consumo de drogas en los últimos 25 años, la criminalización de los usuarios depende en gran medida de la manera como es interpretado el marco normativo por los diferentes actores encargados de aplicarlo, quienes a partir de criterios subjetivos incumplen las normas y vulneran los derechos de los consumidores. (UPRIMNY et al., 2014) Colombia ha avanzado en despenalizar el porte y el consumo de drogas, sin embargo, la ausencia de marcos normativos claros no le da a la policía y a los sistemas judiciales herramientas suficientes

para diferenciar la destinación de las drogas que se portan, lo cual ha llevado a que las leyes se apliquen con discrecionalidad y que se presenten arbitrariedades en las detenciones y los procesos judiciales que se adelantan frente a los usuarios de drogas. (CIVIL SOCIETY TASK FORCE, 2015)

La represión penal expone a los consumidores a situaciones de corrupción, extorsión, maltrato físico, abuso sexual, detenciones arbitrarias y violaciones de derechos constitucionales por parte de las autoridades, lo cual transgrede diversas normas nacionales e internacionales de DDHH. (COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS, 2014) Las autoridades deben respetar los principios y derechos consagrados tanto en la Constitución Nacional como en los tratados ratificados, no sólo en lo concerniente al tema de las drogas sino también en materia de Derechos Humanos. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

La Declaración Universal de los Derechos Humanos determina que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción de raza, sexo, color, idioma, religión, opinión política, posición económica o cualquier otra condición (NACIONES UNIDAS, 2003) sin embargo, cuando se hace referencia al consumo de drogas surgen tensiones en torno al derecho que tienen o no los individuos de hacerse daño de manera voluntaria, así como acerca de si el daño individual significa per se un daño colectivo; más allá de estas discusiones, los Estados deben garantizar los medios para que todo individuo, independientemente de su situación o de sus opciones de vida, ejerza sus derechos y responsabilidades. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

El concepto de dignidad hace parte fundamental de los derechos humanos y está indisolublemente vinculado con los principios de igualdad y no discriminación (INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y NACIONES UNIDAS, 2013); es por esto que toda política desarrollada en el tema de las drogas debe tener un enfoque de derechos humanos, lejos de los estereotipos que han marcado la respuesta por medio del prohibicionismo (UPRIMNY

et. al., 2014). Lo anterior significa que los Estados además de respetar sus compromisos internacionales frente a las drogas deberán salvaguardar los compromisos internacionales en lo referente a derechos humanos, en tanto estos últimos tienen una mayor jerarquía por mandato de la Carta de las Naciones Unidas, al ser éste un tratado que predomina sobre cualquier otra convención. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

De los derechos establecidos en la Ley de Salud Mental en Colombia para los trastornos mentales (dentro de los cuales se encuentran los Trastornos por Uso de Sustancias) se destacan el Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, a recibir atención integral y humanizada, acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, a recibir información acerca del tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y secuelas (COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, 2013), a pesar de lo anterior dichos derechos no se acatan a cabalidad por medio de las instituciones o personas responsables de cumplirlos en el país.

El derecho a la igualdad y a la no discriminación exige que los programas sociales sean accesibles en beneficio de los más excluidos, así como la necesidad de que las políticas sociales cumplan con los estándares de accesibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad y adecuación en relación a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), para lo cual es imprescindible elaborar estrategias encaminadas al respeto de la dignidad, la autonomía, la no discriminación, el acceso a la información, la transparencia y la rendición oportuna de cuentas. (INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y NACIONES UNIDAS, 2013)

Lo anterior adquiere una enorme importancia en términos de salud pública y justicia social, ya que la discriminación y la exclusión a la que se ven sometidos los consumidores de drogas al ser etiquetados como delinquentes, limita sus posibilidades de acceder a derechos fundamentales como la salud (VÁSQUEZ, 2009), la educación y el trabajo. (LINK; PHELAN, 2006) Los enfoques basados en salud pública y derechos humanos buscan reducir el estigma y la discriminación por medio del respeto a la autonomía, la libertad

y la dignidad de las personas, la confianza en sus capacidades y su responsabilidad de respetar las regulaciones y las normas al respecto. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2013)

Los acuerdos internacionales sobre temas de drogas no impiden que se pueda hacer un uso más racional del derecho penal como alternativa de solución al asunto; por el contrario, dichos acuerdos deben ser interpretados y entendidos de manera que sean compatibles con las obligaciones que en términos de derechos humanos se han establecido a nivel mundial. (COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA, 2015) Es fundamental eliminar definitivamente la criminalización del consumo drogas y de sus consumidores, y diseñar políticas públicas que tengan respeto por los Derechos Humanos, con enfoques basados en la determinación social y cultural de la salud, que intervenga los factores estructurales y sociales asociados con la desigualdad y la inequidad y que los Estados ejerzan plenamente su autonomía en materia de Políticas de Drogas y ajustar los acuerdos establecidos a las realidades particulares de cada país. (CIVIL SOCIETY TASK FORCE, 2015)

Abordar el derecho a la salud de los consumidores de drogas en un contexto de derechos humanos obliga ir más allá de las soluciones médicas y de acceso a servicios de salud, y debe por tanto llevarse a la práctica en políticas reales de salud que incluyan la defensa de los derechos y la dignidad como requisito fundamental para la protección en salud; así como la promoción de las libertades y capacidades humanas, que garanticen el respeto a las personas como titulares reales del Derecho a la Salud. (QUINTERO, 2005)

La salud debe constituirse en un tema de primera línea en la agenda política nacional, en el marco del respeto por el derecho a la salud que aborde de manera preferencial los problemas originados en la discriminación y estigmatización de las poblaciones históricamente marginadas y desfavorecidas; motivo por el cual la relación entre la salud y los derechos humanos se convierte en una exigencia fundamental en términos de equidad si se quieren resolver las desigualdades sociales, las injusticias e inequidades. (QUINTERO, 2005)

Acorde con las anteriores consideraciones, y ante la falta de claridad de la legislación colombiana que todavía, pese sus avances, vulnera los derechos de los consumidores de drogas, queda entonces el hacer algunas recomendaciones para acabar de ajustar las políticas que el país quiere adoptar amparadas en el marco de la salud pública y los derechos humanos.

Es necesario que el Ministerio de Salud asuma los servicios de rehabilitación como un asunto prioritario dado que actualmente sirven como escenarios de posibles violaciones de derechos humanos al existir barreras de acceso en la atención, realizando además un esfuerzo por fortalecer el sistema de control y vigilancia de los Centros de Atención en Drogadicción, articulando las acciones de las entidades de salud departamentales y territoriales en la materia, e iniciar una campaña para atender las denuncias ciudadanas de los centros de rehabilitación que cometen abusos contra los derechos de los usuarios, pues solo de esta manera se garantizará la prestación de un servicio humano y respaldado en la evidencia científica.

En el ámbito de la judicialización, siguiendo las recomendaciones de Uprimny et al. (2014), la Policía Nacional debe establecer límites de procedimiento para el cumplimiento de sus metas de incautaciones de drogas, con el fin de focalizar los esfuerzos institucionales en la persecución del gran tráfico de drogas y no en la incautación de pequeñas dosis personales de quienes usan drogas sin hacer daño a terceros. Igualmente deben abandonar las prácticas de retenciones administrativas a usuarios de drogas, al igual que investigar y sancionar los casos de corrupción que involucran agentes policiales exigiendo dinero a los consumidores.

La Fiscalía General de la Nación debería diseñar y difundir entre sus funcionarios un manual probatorio para casos de tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, en el que se indique cómo diferenciar efectivamente entre usuarios y traficantes de drogas, de manera que no sea la cantidad de la sustancia incautada el único medio probatorio disponible, así como a los jueces encargados de aplicar la norma el que abandonen la práctica judicial de presumir que cantidades de drogas que superen a la dosis personal, su finalidad es el tráfico sin considerar la tolerancia fisiológica de quien la

consume y el concepto de aprovisionamiento, por los riesgos que implica proveerse aun de una sustancia que sigue siendo ilegal, aunque este despenalizado el consumo.

Referências

BERBESI, D.; MONTOYA, L.; SEGURA, A. **Prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo en UDI en Medellín y Pereira**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos**: la experiencia del continente americano. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015.

CIVIL SOCIETY TASK FORCE. **Aportes de la sociedad civil de América Latina y el Caribe, UNGASS 2016**. Bogotá: CSTF, 2015.

COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS. **En busca de los derechos**: Usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. México: CEDD, 2014.

COLOMBIA. Cámara de Representantes. **Articulado al Proyecto de Acto Legislativo 133 de 2006**. Por el cual se reforman algunas disposiciones de la Constitución Política en materia de justicia. Bogotá, 2006. Disponible em: <http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta_mostrar_documento?p_tipo=61&p_numero=133&p_consec=14246>. Acceso em: 18 out 2016.

COLOMBIA. Corte Constitucional. **Sentencia C-221 de 1994**. Bogotá: Corte Constitucional, 1994.

_____. **Sentencia C-551 de 2003**. Bogotá: Corte Constitucional, 2003

_____. **Sentencia C-574 de 2011**. Bogotá: Corte Constitucional, 2011.

_____. **Sentencia C-720 de 2007**. Corte Constitucional. Bogotá, 2007.

COLOMBIA. **Ley 30 de 1986**. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República, 1986.

COLOMBIA. Ministerio de Justicia y del Derecho; COLOMBIA. Ministerio del Interior. COLOMBIA. Ministro Salud Y Protección Social. **Proyecto de acto legislativo 285 de 2009**. Por el el cual se reforma el artículo 40 de la Constitución Política de Colombia (dosis mínima). Bogotá, 2009.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 2003.

_____. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009.

_____. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 2013.

_____. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 1992**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 1992.

_____. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 1996**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 1996.

_____. **Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis**. 2010/2015. Bogotá: PAHO, 2009. Disponível em: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361. Acesso em: 18 out 2016.

_____. **Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto**: resumen ejecutivo. Bogotá, 2007.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social; CICAD; OEA. **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia**. Bogotá: Dirección Nacional de Estupefacientes, 2004.

COLOMBIA. Presidencia de la República. **Ley 1566**. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional «entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias» psicoactivas. Bogotá: Presidencia de la República, 2012. Disponível em: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>. Acesso em: 18 out 2016

_____. **Ley 1616**; por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia de la República, 2013. Disponível em: <>. Acesso em: 18 out 2016

_____. **Programa presidencial para afrontar el consumo de drogas rumbos**. Juventud y consumo de sustancias psicoativas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: Presidencia de la República, 2002. Disponível em: <http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/Encuesta_consumo_SPA_2001.pdf>. Acesso em: 18 out 2016.

COLOMBIA. Senado de la República. **Proyecto de acto legislativo 22 de 2007**. Bogotá: Senado de la República, 2007.

COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA. **Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas**. Bogotá, 2013. Disponível em: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf>. Acesso em 18 out 2016.

_____. **Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia**: informe final. Bogotá, 2015. Disponível em: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/informe_final_comision_asesora_politica_drogas_colombia.pdf>. Acesso em 18 out 2016.

COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA. **Drogas y democracia**: hacia un cambio de paradigma. 2009. Disponível em: <http://www.drogasedemocracia.org/archivos/livro_espanhol_04.pdf>. Acesso 18 out 2016.

ECHVERRY, M.E. Las reformas estructurales en América Latina y el derecho a la salud. **Revista de Investigación Social**, v. 3, n.5, 2007, p.43-66.

ESCOHOTADO, A.; URRALBURU, G.H.; DE CARRANZA, F.B. **¿Legalizar las drogas?**: criterios técnicos para el debate. Madrid: Popular, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y NACIONES UNIDAS. **Seminario internacional indicadores de derechos económicos, sociales y culturales (desc) y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad**. Santiago de Chile: Instituto Nacional De Derechos Humanos y Naciones Unidas, 2013.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Stigma and its public health implications. **Lancet**, v. 367, n. 9509, 2006, p. 528-529.

LÓPEZ, J.O. **Constitución política de Colombia**. Bogotá: Plaza y Janes, 2004.

MOODIE, R. Human rights, public health and reduction of drug related harm. In: AIDS/STD Health Promotion Exchange. Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1997. p. 11-13.

MURRAY, C.J.etal. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v.380, n. 9859, 2013, p.2197-2223.

NACIONES UNIDAS. **Declaración universal de los derechos humanos**. Lima: APRODEH, 2003. Disponível em: <<http://www.aprodeh.org.pe/>>. Acesso em: 18 out 2016.

QUINTERO, R.M. **La importancia de las ideas en las políticas públicas de los sistemas democráticos**: el caso de la política de lucha contra las drogas. Madrid: AECPA, 2005. Disponível em: <[http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso_07/area03/GT08/MARTINON-QUINTERO-Ruth\[UC3M\].pdf](http://www.aecpa.es/uploads/files/congresos/congreso_07/area03/GT08/MARTINON-QUINTERO-Ruth[UC3M].pdf)>. Acesso em: 18 out 2016.

RANGEL, A. Prólogo. In: FUNDACIÓN SEGURIDAD Y DEMOCRACIA. **Narcotráfico en Colombia**: economía y violencia. Bogotá: Fundación Seguridad y Democracia, 2005.

TRANSNATIONAL INSTITUTE. **Sistemas sobrecargados**. Leyes de drogas y cárcel en América Latina. Washington: WOLA, 2010. Disponível em: <<http://www.bancodeinjusticias.org.br/wp-content/uploads/2011/11/TNI-e-WOLA-Sistemas-Sobrecargados-Leyes-de-Drogas-y-C%C3%A1rceles-en-Am%C3%A9rica-Latina.pdf>>. Acesso em: 18 out 2016.

UPRIMNY, R. et al. Políticas de drogas frente al consumo en Colombia: análisis desde una perspectiva de derechos humanos. In: COLECTIVO DE ESTUDIOS DROGA Y DERECHOS. **Enbusca de los derechos**: usuarios de drogas y las respuestas estatales en América Latina. MÉXICO: CEDD, 2014.

VÁSQUEZ, A. El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la accesibilidad a servicios de salud. **Revista Psicología**, v.1, n. 1, 2009, p.14.

WOLA. **El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos en la región de las Américas**. Testimonio antes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos 25 de Marzo de 2014. Washington: WOLA, 2014.

POLÍTICA SOBRE DROGAS EN MÉXICO Y SU INTERFAZ CON LOS DERECHOS HUMANOS

*Marcela Tiburcio Sainz
Shoshana Berenzon Gorn*

Introducción

El análisis sobre el uso de drogas y los derechos humanos no es reciente, sin embargo, ha tomado una particular relevancia en virtud de las diversas voces que exigen la revisión de la normatividad vigente, y su impacto sobre el poder de decisión de los ciudadanos para usar sustancias psicoactivas con fines lúdicos, recreativos o médicos.

En el centro de la discusión, a nivel internacional, convergen al menos tres posturas: la que privilegia el derecho a la salud, la que se enfoca en resguardar la seguridad nacional y la que aboga por las libertades individuales. La primera postula la necesidad de salvaguardar el derecho a la salud como parte de las garantías individuales. Desde esta perspectiva, el consumo de sustancias psicoactivas atenta contra la salud como bien jurídico⁷. La segunda, de carácter judicial, se centra en la persecución de las actividades relacionadas con la producción, distribución y comercialización de las drogas como amenazas a la seguridad nacional, al desarrollo social, al Estado y a la soberanía. La tercera perspectiva propone el derecho a la

⁷ El concepto de bien jurídico se define como "un interés vital para el desarrollo de los individuos de una sociedad determinada, que adquiere reconocimiento jurídico."(KIERSZENBAUM, 2009)

libertad individual como el principio fundamental que debe guiar la creación de políticas públicas para el control de las drogas. (DÍAZ-MÜLLER, 2006)

La estrategia que hasta ahora se ha seguido en México está estrechamente vinculada con el paradigma prohibicionista que privilegia la visión del combate a las drogas como un problema de seguridad nacional y no de salud pública. Este capítulo inicia con la revisión histórica sobre las políticas y los derechos humanos en relación con el consumo de drogas en el país. Posteriormente se analizan las consecuencias del prohibicionismo, la criminalización y estigmatización de los consumidores como resultado de la “guerra contra las drogas” y concluye presentando algunas reflexiones sobre los retos que se enfrentan para la renovación de las políticas públicas.

■ **Reseña Histórica de las Políticas de Drogas y los Derechos Humanos en México**

Se ha señalado que el paradigma prohibicionista tuvo sus inicios con la Conferencia de Shangai en 1909, esta fue la primera de una serie de convenciones enfocadas a suprimir la producción, tráfico y consumo de drogas. Si bien es cierto que esta conferencia se enfocó en diseñar estrategias contra el opio, algunos años después la agenda internacional se amplió para incluir regulaciones relacionadas con la morfina, cocaína y marihuana. A partir de estas primeras propuestas, se concluyó que la mejor forma de conseguir que otros gobiernos participaran en acciones contra las drogas, era persuadiéndolos para que declararan la ilegalidad de la producción y el tráfico de éstas. (TORO, 1995)

En México, la discusión alrededor del prohibicionismo inició en 1912, cuando participó por primera vez en una reunión internacional, la Conferencia de la Haya; las acciones que se realizaron a partir de ese momento sentaron las bases de las leyes, políticas y discursos gubernamentales que persisten hasta el día de hoy. (PÉREZ-MONFORT, 1997) En la Tabla 1 se presenta un resumen del desarrollo histórico de la legislación de drogas en nuestro país.

Tabla 1. Desarrollo histórico de la legislación de las drogas en México

Año	Hecho
1916	<ul style="list-style-type: none"> • Se expide un decreto tácito sobre la ilegalidad de la producción y consumo de drogas en todo el país. • Se crea el Consejo de Salubridad General que tiene a su cargo atender y prevenir el consumo.
1923	<ul style="list-style-type: none"> • Se prohíbe la importación de narcóticos como el opio, la cocaína, morfina y derivados.
1927	<ul style="list-style-type: none"> • Se prohíbe la exportación de la heroína y la marihuana teniendo como consecuencia el tráfico ilegal en la frontera de México-Estados Unidos.
1931	<ul style="list-style-type: none"> • Se formula en el Código Penal un capítulo específico para regular los delitos contra la salud. • Entra en vigor el reglamento Federal de de Toxicomanía, clasificando al "Toxicómano" como aquella persona que sin fines terapéuticos sea usuario habitual de drogas.
1940	<ul style="list-style-type: none"> • Se reforma el Código Penal y se establece un capítulo "De la tenencia y tráfico de enervantes" • Hay un período muy corto de tiempo en el que entra en vigor un decreto de "legalización" el cual incluía la obligación del gobierno de distribuir, en dispensarios médicos atendidos por especialistas, dosis de drogas como morfina y heroína a las personas que las necesitaban por problemas de adicción.
1947	<ul style="list-style-type: none"> • Se crea la Dirección Federal de Seguridad y se endurecen las penas por delitos contra la salud.
1948	<ul style="list-style-type: none"> • Se lleva a cabo una "Gran Campaña" de erradicación de cultivos ilícitos y a partir de entonces se mantiene como un programa permanente.
1968	<ul style="list-style-type: none"> • Se permite por primera vez el consumo personal en caso de ser farmacodependiente: "no es delito la posesión, por parte de un toxicómano, de estupefacientes en cantidad tal que, racionalmente sea necesaria para su propio consumo". (MÉXICO. CÓDIGO PENAL FEDERAL, 1968)
1978	<ul style="list-style-type: none"> • Se sustituye el concepto de toxicómano por adicto y se penaliza el consumo aún en cantidades para consumo personal; por ejemplo, la posesión, sin intención de venta, de marihuana es sancionado con 2 a 8 años de prisión.
1984	<ul style="list-style-type: none"> • En la Ley General de Salud se consideran las adicciones como un problema de salud pública y se establece la regulación jurídica y administrativa sobre la producción, comercialización, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, adquisición, posesión, comercio, transporte, suministro, empleo y consumo, así como la prevención, tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas. • Se crea el Consejo Nacional Contra las adicciones
1990	<ul style="list-style-type: none"> • Se ratifica la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas

- 1994** • Aumentan las penas relacionadas con la producción, transporte, tráfico, comercio y suministro de drogas.
- 2009** • Entra en vigor un Decreto que reforma la Ley General de Salud, el Código Penal y el Código Federal de Procedimientos Penales y que es conocido popularmente como la "Ley de Narcomenudeo". Entre otras cosas, se establecen las competencias federales y locales en materia de narcomenudeo y en la prevención y atención de las adicciones.

Fonte: Elaborada a partir de la información revisada en Astorga (2005); Código Penal Federal (1968); De la Fuente (2015).

La Ley de Narcomenudeo vigente a partir del 2009, ha generado una serie de discusiones sobre sus alcances y limitaciones. Por un lado, se reconocen como algunos de sus aspectos positivos: (a) la distinción que hace entre el narcomenudeo y la comercialización en grandes cantidades, así como entre diferentes tipos de usuarios, por ejemplo, farmacodependiente y consumidor; (b) el establecimiento de ciertas cantidades o dosis mínimas de diversas sustancias para el consumo personal; (c) el respeto a prácticas, indígenas, culturales y religiosas que incluyen el uso del peyote y/o de los hongos alucinógenos; (d) la incorporación de nociones como la reducción de riesgos y daños, el establecimiento de cortes de drogas y la implementación de políticas públicas basadas en la evidencia científica.

Se señalan como sus principales limitaciones: (a) no descriminalizar la posesión de drogas para el consumo personal y solo quedarse en el planteamiento de la despenalización; (b) favorecer la persecución de los consumidores ya que las cantidades permitidas son muy pequeñas y no necesariamente corresponden con la realidad del mercado callejero, por ejemplo, un consumidor puede portar solo 0.5 gramos de cocaína y en las calle se vende por gramo. (HERNÁNDEZ-PONTÓN, 2010)

En resumen, la Ley General de Salud y el Código Penal Federal continúan caracterizando como delito la producción, transportación, tráfico, comercialización, distribución y venta de drogas. Si bien es cierto que actualmente no se sanciona el consumo, si es penada la posesión cuando se superan los máximos establecidos para cada tipo de sustancia.

Las leyes y normas que rigen la política actual contra las drogas, cumplen una función importante, sin embargo, una de sus li-

mitaciones es que se aplican de manera genérica. En este sentido, González-Pérez (2015, p.16), plantea que

[...] no es posible tratar bajo los mismos parámetros a quien lucra, trafica con sustancias ilícitas y en razón de ello genera violencia y trasgrede derechos de terceros, que a quienes solo consumen sustancias.

Esta reflexión es de suma importancia. Como ya se mencionó, la estrategia actual de combate a las drogas se ha concentrado en salvaguardar la seguridad nacional pero ha socavado el respeto a los derechos humanos en formas muy diversas. La llamada “Guerra contra el Narcotráfico”, que inició durante el periodo presidencial de 2006 a 2012, desplegó miles de militares en todo el país, esta estrategia de seguridad no ha sufrido grandes cambios en los últimos años y ha tenido múltiples críticas y repercusiones. (MÉXICO. COMISIÓN MEXICANA DE DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS, 2015a)

■ **Las Consecuencias del Prohibicionismo y la Guerra contra las Drogas**

Una de las principales barreras para analizar los resultados de la estrategia nacional contra las drogas y el narcotráfico es la escasa sistematización de los programas de acción y la falta de indicadores precisos que faciliten su evaluación y seguimiento. A pesar de estas limitaciones, en los análisis que se han realizado la balanza se inclina hacia las consecuencias negativas, ya que por un lado hay reportes de un número importante de decomisos, incautación y destrucción de plantíos, pero los estudios epidemiológicos revelan una tendencia al incremento del uso de drogas. (ATUESTA, 2014)

A nivel internacional, las políticas prohibicionistas han fallado en su objetivo de lograr un “mundo sin drogas”. El énfasis en controlar y reprimir la oferta ha generado muchos más problemas de los que pretende resolver, por ejemplo, al crear nuevos tipos penales se crea nueva delincuencia; las técnicas utilizadas para destruir los cultivos ilícitos afectan el medio ambiente, el tráfico ilegal distorsiona los mercados locales y se hace trizas el tejido social. (YOUNGERS, 2009)

De acuerdo con un trabajo de investigación del Centro de Estudios Legales y Sociales (CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SO-

CIALES, 2015) las políticas prohibicionistas entran en tensión con los derechos consagrados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Los derechos más afectados son:

- El derecho a la vida (Artículo 4) vulnerado de manera sistemática por la ola de violencia asociada al narcotráfico.
- El derecho a la integridad personal y la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (Artículo 5).
- El derecho a llevar una vida privada libre de injerencias arbitrarias o abusivas (Artículo 11.2).

Un análisis elaborado por la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos A. C. (MÉXICO. COMISIÓN MEXICANA DE DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS, 2015b), documenta un marcado incremento en el número de detenciones, homicidios, personas desaparecidas y denuncias por tortura durante el periodo 2006-2012. En la Tabla 2 se muestran los casos estimados de cada una de estas formas de violación a los derechos humanos durante dicho periodo. Cabe mencionar que las cifras son aproximadas ya que la metodología para el registro no fue consistente entre las instituciones que proporcionaron la información.

Tabla 2. Casos estimados de las violaciones a los derechos humanos

Tipo de violación	Periodo 2006-2012
Detención de civiles por cuerpos militares	50,915
Homicidios dolosos relacionados con la guerra contra el narcotráfico	70,000
Desapariciones forzadas ^b	Entre 22,000 y 27,000
Denuncias ante la Procuraduría General de la República (PGR) por tortura ^c	4,000

^aElaborada a partir de los datos reportados por la CMDPDH (MÉXICO. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, 2015b)

^b Existen variaciones entre los reportes de las diferencias Instituciones involucradas en el registros de estos hechos

^c Esta cifra es para el periodo comprendido entre 2006 y 2014

El aumento de la actividad criminal y, por tanto, de la inseguridad, se relacionan también con el desplazamiento forzado de la población. Los datos referidos por la CMDPDH indican que, entre los años 2011 y 2015, alrededor de 281 mil personas se han desplazado de manera forzada en diversos estados de la República mexicana, para evitar ser víctimas de la violencia, la extorsión, el cobro de cuotas por protección ilegal (derecho de piso), robos de bienes materiales, desapariciones, reclutamiento forzado, secuestros y homicidios de familiares.

Uno de los principales sectores de la población afectados por estos hechos está constituido por las y los jóvenes menores de edad, especialmente los adolescentes entre 15 y 17 años. Se estima que de diciembre de 2006 hasta marzo de 2011, más de 1,200 menores perdieron la vida en la lucha contra la delincuencia organizada. Asimismo, se ha registrado un número creciente de ataques a centros de rehabilitación, incluyendo masacres en contra de jóvenes consumidores, además de un importante incremento de ataques contra escuelas, que se han traducido en una disminución significativa de la asistencia escolar por temor a la violencia. Organizaciones no gubernamentales concluyen que al menos 75,000 jóvenes están enrolados en las filas del narcotráfico, 40% de ellos tienen menos de 18 años y la proporción de mujeres tiende a incrementarse. (ESPOLEA, 2013)

Por otro lado, análisis recientes de la situación carcelaria en México plantean que el endurecimiento de las penas para los delitos relacionados con las drogas ha contribuido al aumento de la sobrepoblación y el hacinamiento; la mayor parte de los detenidos y sentenciados por delitos contra la salud son poseedores y consumidores sin fines de comercio, en tanto que la proporción de traficantes o comerciantes de drogas es menor, lo que sugiere que el delito de cultivo, cosecha y siembra es poco perseguido. Aunque estos datos se emplean como indicador del éxito del combate a la delincuencia, lo cierto es que una gran proporción son inocentes o son detenidos por delitos menores. (HERNÁNDEZ-PONTÓN, 2010)

Desde el punto de vista sanitario, el país cuenta con programas nacionales continuos de prevención y tratamiento que se complementan con el trabajo realizado por Organizaciones no Guber-

naméntales y grupos de autoayuda. Aunado a lo anterior, del total del presupuesto asignado para el control de las drogas, más del 90% se utiliza en la reducción de la oferta, quedando un porcentaje muy pequeño para las acciones de prevención y tratamiento. (BARRA, 2013)

Ante estos datos, diferentes autores coinciden en señalar que la perspectiva de salud pública ha quedado rezagada tanto institucional como presupuestalmente, lo que ha impedido la articulación de una política de drogas integral y balanceada en cuanto a los esfuerzos para reducir la oferta y la demanda. Una de las principales consecuencias ha sido la violación de los derechos humanos de la población civil y la ulterior saturación y colapso del sistema de procuración de justicia. (HUMAN RIGHTS COUNCIL, 2015; ATUESTA, 2014; DÍAZ-MÜLLER, 1994) También se enuncian otros daños colaterales por la “lucha contra las drogas”, entre ellos: la confusión de roles entre las fuerzas armadas y la policía, el endurecimiento del aparato represivo y el debilitamiento de la capacidad decisiva del Estado, la restricción de libertades, la inestabilidad política, la falta de transparencia y de rendición de cuentas. (YOUNGERS, 2009)

Como puede apreciarse, las políticas antidrogas y las campañas militares en el país han propiciado no sólo la violación de los derechos humanos, sino también han contribuido al incremento de la violencia y la delincuencia, a la degradación de los derechos civiles y al descuido del medio ambiente. (MALDONADO, 2010) Como plantean Babor et al. (2010), es necesario reconocer los esfuerzos realizados para combatir el narcotráfico en México, sin embargo, no debe olvidarse que la corrupción es uno de los principales frenos que perpetua la violación a los derechos humanos, ya que no es poco frecuente que altos mandos políticos y militares estén vinculados con el tráfico de drogas y no se apliquen correctamente las leyes.

■ **Criminalización del Consumo y Estigmatización de los Consumidores**

Los usuarios de drogas, sobre todo los que consumen sustancias ilegales, con frecuencia son estigmatizados y experimentan diversas formas y procesos de discriminación por parte de la

población en general, de las autoridades e instituciones dedicadas a la impartición de justicia y de quienes comercializan las sustancias psicoactivas. Los prejuicios y estereotipos que habitualmente se atribuyen a los usuarios hacen que la población, de manera casi automática y generalizada, les otorgue el carácter de delincuentes. No es raro escuchar frases como “este tipo es un vicioso”, “aléjate de él porque te puede hacer algo malo”, “no es una buena persona”, entre otras.

Los resultados de una encuesta realizada con usuarios de drogas de la Ciudad de México mostraron que el 73% de los entrevistados había sufrido algún tipo de discriminación relacionada con el consumo, el 36% la había recibido por parte de la sociedad, 11% de familiares y 21% de las autoridades. El 67.8% fue extorsionado por la policía o alguna otra autoridad y más del 90% percibe que las políticas públicas son discriminatorias. (MÉXICO. COLECTIVO POR UNA POLÍTICA INTEGRAL HACIA LAS DROGAS, 2012)

Los medios de comunicación han contribuido a construir esta imagen del “adicto”, ya que generalmente lo presentan inmerso en actos violentos, robos, y otros delitos, es decir, ofrecen una visión negra que oscurece una realidad social más amplia. (DE LA FUENTE, 2015) Algunos críticos consideran que las convenciones internacionales para la fiscalización de las drogas también reproducen y refuerzan el estigma ya que establecen diversos castigos hacia el uso de sustancias cuando no es para fines médicos o científicos. (MÉXICO. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL, 2014)

Esta visión cargada de estereotipos, es uno de los principales obstáculos para la protección de los derechos humanos de los usuarios de drogas y resulta más evidente cuando además del consumo, las personas pertenecen a ciertos grupos poblacionales históricamente vulnerados, como las mujeres, los jóvenes, los indígenas, los que viven en la calle o los que se encuentran en la cárceles. Otra consecuencia de la estigmatización es la clandestinidad a la que se orilla a los consumidores, quienes se alejan de las normas sociales, quedan despojados de sus derechos y se acercan a la ilegalidad de tal forma que construyen una identidad paralela a la oficial. (DE LA FUENTE, 2015)

Bajo las condiciones antes mencionadas, resulta necesario el análisis y la reflexión en torno al respeto de los derechos humanos de los usuarios. En sentido estricto, las personas usuarias de drogas son sujetos plenos de derecho, pero en la práctica se topan con una serie de obstáculos para poder hacerlos efectivos.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y en los tratados de los derechos humanos a los cuales se ha adherido el país, claramente se señala que el Estado mexicano tiene la obligación respetar, proteger, garantizar y promover los derechos de las personas sin distinción alguna. Sin embargo, las políticas públicas basadas en esquemas principalmente punitivos han ubicado a los usuarios de drogas en una especie de ambigüedad jurídica, ya que se les considera principalmente como delincuentes y en el mejor de los casos como enfermos, pero no como sujetos de derecho. (GONZÁLEZ-PÉREZ, 2015) Como ya se mencionó, “la guerra contra las drogas” emprendida en las últimas décadas convirtió a los usuarios en el eslabón más débil de la cadena, exponiéndolos a una doble vulneración, una por parte del crimen organizado y otra por las instituciones del Estado. (DE LA FUENTE, 2015)

Existe un importante debate sobre la protección de los derechos de las personas usuarias de drogas y la función del Estado. Desde la perspectiva del consumidor entran en juego derechos vinculados con la libertad, autonomía e integridad así como a la no discriminación, al desarrollo personal y decidir sobre su propio cuerpo. Por su parte, el Estado, tiene la obligación de promover y salvaguardar el derecho a la vida, proteger la salud, garantizar la seguridad de la población y prevenir conductas que afecten a la sociedad en su conjunto. (DÍAZ-MÜLLER, 2006) Idealmente debería haber un equilibrio entre ambas perspectivas. Sin embargo, las políticas nacionales, basadas en protecciones y prohibiciones justificadas por exigencias de salud, han inclinado la balanza hacia la persecución y el castigo de los consumidores.

Bajo esta lógica penal, una proporción importante de usuarios se ven inmersos en el sistema judicial; se calcula que alrededor del 68% de las averiguaciones previas por delitos contra la salud realizadas en el 2009 fueron casos de posesión y consumo. Cabe destacar

que el 80% de las mujeres que se encontraban en ese momento en centros de reclusión federales fueron sentenciadas por este tipo de delitos relacionados.

También es frecuente que sufran otro tipo de vejaciones; por ejemplo, se estima que 7 de cada 10 personas usuarias detenidas en la Ciudad de México son extorsionadas por la policía. (Mexico, 2015) Las Comisiones de Derechos Humanos, tanto federales como estatales, señalan que las principales quejas interpuestas por las personas acusadas de realizar delitos contra salud aluden a detenciones arbitrarias y sin orden judicial, y en muchos de estos casos el consumo se toma como posible evidencia de narcomenudeo. Otros motivos de queja son: irregularidades en el cateo, irrupción ilegal de la propiedad privada, atraso en la presentación ante el juez, uso de violencia física, verbal, psicológica e incluso sexual durante la detención, irregularidades en el debido proceso, siembra de drogas y extorsión, entre otras. (MÉXICO. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL, 2014) Estas anomalías en la impartición de justicia se presentan a pesar de que México cuenta con un sólido marco normativo.

En relación con el derecho a la salud, el Consejo de Derechos Humanos (HUMAN RIGHTS COUNCIL, 2015) plantea que es indispensable hacer la distinción entre la dependencia y el uso de drogas. Mientras que la primera es una enfermedad crónica que requiere atención médica especializada con una aproximación biopsicosocial, el uso no es una condición médica, por lo cual no necesariamente requiere tratamiento. Sin embargo, ambos grupos tienen derecho a recibir atención médica igual que cualquier otro ciudadano, y nadie puede ser alienado de éste a pesar de que cometa un crimen o enfrente un proceso penal. Estos principios están previstos en la Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana 028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y existen instituciones gubernamentales responsables de que éstos se cumplan y de llevar a cabo programas de atención a la población consumidora.

El sector público cuenta con más de 400 centros de atención ambulatoria y alrededor de 30 unidades de tratamiento hospitalario en todo el país. Los servicios privados, ambulatorios y residenciales, por lo general, son costosos para la mayoría de la población afecta-

da. Resulta oportuno señalar que parte de la atención recae en las organizaciones no gubernamentales, como los grupos y residencias de ayuda mutua basados en la filosofía de los 12 pasos.

Sin embargo, en México como en otras partes del mundo, los usuarios de drogas con frecuencia enfrentan diversas barreras para acceder a los servicios de atención. Por ejemplo, son escasos los programas para los usuarios de drogas intravenosas, incluyendo tratamiento para VIH/SIDA u otros programas de reducción de riesgos y daños. Asimismo, existe evidencia de que en algunos servicios de salud se niega la atención a los pacientes que llegan intoxicados.

En este contexto, marcado por el contraste entre el “deber ser legal” y la práctica cotidiana, en la última década han surgido diversos grupos organizados de la sociedad civil interesados en la defensa de los derechos de los consumidores, algunos han tenido más notoriedad por su participación e interacción con instituciones gubernamentales. Destaca la participación de la Sociedad Mexicana de Autoconsumo Responsable y Tolerable A. C. (SMART), ESPOLEA y El Colectivo por una Política Integral Hacia las Drogas (CUPIHD)⁸. Como resultado de su constante trabajo se ha dado un giro en el debate sobre las políticas de drogas y los derechos humanos que se evidencia en dos hechos recientes.

- **Obtención del amparo para el uso medicinal de la marihuana:** En 17 de agosto de 2015, un Juez de Distrito concedió por primera vez un amparo para la importación, portación y consumo de una sustancia derivada de la marihuana para el tratamiento médico de una niña de 8 años que padece el síndrome Lennox-Gastaut y como consecuencia sufre constantes episodios de epilepsia. El juez concedió este amparo para evitar que se continuara violando el derecho

⁸ SMART tiene como uno de sus objetivos defender el derecho humano de libertad de elección. Consideran que la decisión de tomar tratamientos médicos a base de cannabis es una decisión personal. Entre las actividades que ha desarrollado, se encuentra un juicio de amparo para que se les permita funcionar como un refugio seguro para un gran número de personas con enfermedades y padecimientos que pueden ser aliviados mediante el consumo controlado e informado de cannabis y sus derivados. Promueven la discusión sobre el uso recreativo de la marihuana como un tema de derechos humanos. ESPOLEA tiene como objetivo empoderar a las y los jóvenes para que puedan involucrarse en proyectos e iniciativas para promover el respeto a los derechos humanos, en temas como la igualdad de género y la política de drogas. CUPIHD busca contribuir a la formación y el fortalecimiento de las capacidades sociales, mediante la investigación, la divulgación, la capacitación y la incidencia, incluyendo a las personas que usan drogas, para identificar e instrumentar leyes, políticas y actitudes que reduzcan los riesgos y los daños asociados con el uso de las mismas desde una perspectiva de salud y derechos humanos.

a decidir, a la dignidad de la persona, a la libertad individual o al derecho de vivir sin dolor. El juez determinó que, previo a suministrarle el medicamento, profesionales especializados deberían elaborar un informe, vigilar y establecer las dosis que la paciente habría de recibir.

- **Obtención del amparo para el uso recreativo de la marihuana:** En Mayo de 2013, SMART solicitó una autorización a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para que cuatro personas pudieran ejercer los derechos correlativos al autoconsumo de marihuana, tales como la siembra, preparación, acondicionamiento y posesión de marihuana, excluyendo expresamente los actos de comercio. Esta autorización fue negada por lo que los integrantes de esta Asociación interpusieron una demanda de amparo directo en la cual señalaron que la Ley General de Salud vulnera, entre otros, los derechos a la dignidad humana, identidad y libre desarrollo de la personalidad, la autodeterminación individual, libertad personal y corporal, así como el derecho a disponer de la salud propia. Este amparo fue también negado, por lo que los integrantes SMART interpusieron un recurso de revisión y fue asignado a la Suprema Corte de Justicia. A finales del 2015 se concedió el amparo a las cuatro personas que lo solicitaron.

Estas resoluciones judiciales históricas abren de una manera más contundente la posibilidad de trabajar en rutas diferentes al prohibicionismo y obligan a retomar el respeto a los derechos humanos a la hora de discutir y legislar sobre el tema.

Sin embargo, falta mucho camino por recorrer para lograr un verdadero enfoque de salud pública y de seguridad social, donde se diferencien los riesgos asociados con cada tipo de sustancia, donde el foco de atención sea la persona y no la droga, donde los logros se midan por los beneficios para el individuo y su comunidad y no por el número de personas arrestadas, incautaciones realizadas o sembradíos destruidos. Como señala González-Pérez (2015), la aplicación de la ley y la persecución del delito debe ser compatible con el respeto y vigencia de los derechos fundamentales de las personas.

■ Hacia una Política Integral

Como se ha enfatizado a lo largo de este capítulo, a pesar de la ausencia de una metodología sistemática y de indicadores consensuados a nivel internacional, existe evidencia de que la política de

drogas actual, basada en la prohibición, no ha dado los resultados esperados y por el contrario, ha favorecido y perpetuado la violación de los derechos humanos de la sociedad civil en general y de los consumidores de drogas en particular.

Son varios los factores que han contribuido al aparente fracaso del prohibicionismo. Entre los más importantes se encuentran el fallo en reconocer el contexto social y cultural del consumo de drogas, y anteponer la visión jurídica sobre la perspectiva de salud pública y de los derechos humanos. El gran reto es lograr políticas públicas integrales, basadas en la evidencia, que conjuguen programas de salud, educación, cultura, desarrollo social y economía, entre otros, con la intención de obtener mejores resultados en la salud y bienestar de la población. Al respecto, Babor et al.(2010) apuntan que la evidencia científica por sí sola no es suficiente, pero puede ser un aliado poderoso de los actores políticos y sociales que tengan el valor, la creatividad y la convicción requeridos para crear una política de drogas más efectiva.

En este mismo orden de ideas, a continuación se presentan algunas directrices, señaladas por diversos autores, que podrían ser útiles en la construcción de un nuevo marco normativo, centrado en el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas.

En primer lugar, como puntualiza Bustos-Ramírez (2009) es indispensable acentuar las acciones encaminadas a romper con la inequidad, la pobreza y la falta de satisfacción de los derechos sociales, que constituyen el problema de fondo en México.

En segundo término, es urgente consolidar la perspectiva de salud pública y ofrecer alternativas a todos los sectores de la población. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2009) Esta perspectiva debe de tomar en cuenta, entre otras cosas:

- a) Las características y posibles usos de las diferentes sustancias psicoactivas.
- b) El amplio espectro de usuarios (experimentales, ocasionales, regulares, etc.) que impide etiquetar a todos los consumidores como dependientes o adictos problemáticos.
- c) El entorno o contexto social y cultural en que se da el consumo.

- d) La importancia de la vinculación entre los diversos sectores.
- e) La importancia de ofrecer servicios de prevención y tratamientos de eficacia y efectividad comprobadas.
- f) La necesidad de reestructurar el sistema nacional de atención a las adicciones, siguiendo un modelo progresivo que incluya desde el trabajo comunitario hasta la atención sumamente especializada y con funciones claramente definidas para cada nivel.
- g) Reconocer la existencia de grupos particularmente vulnerables y por ello más proclives a sufrir violaciones a sus derechos.

La necesidad de crear un nuevo marco regulatorio, en nuestro país, es inapelable e inaplazable; ya se han dado los primeros pasos con el debate sobre el uso de marihuana, donde los diferentes actores sociales involucrados discuten la integración de una política que no sea una amenaza para la salud y para la seguridad ciudadana; que no fomente la discriminación, respete la dignidad de las personas y los derechos de los consumidores.

Referências

ASTORGA, L. **El siglo de las drogas**: el narcotráfico, del Porfiriato al nuevo milenio. Ciudad de México: Plaza y Janés, 2005.

ATUESTA, L. **La política de drogas en México 2003-2012**: Análisis y resultados de una política prohibicionista. Ciudad do México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2014.

BABOR, T. et al. **La política de drogas y el bien público**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2010.

BARRA, A. La política de drogas en México. Prevención, reducción de daños y reasignación presupuestal. **Perspectivas**, v. 1, n. 201, p. 1-9, 2013.

BUSTOS-RAMÍREZ, J. Entre el control social y los derechos humanos. Los retos de la política y la legislación de drogas. In: MORALES VITERI, J. P.; PALADINES, J. V. (eds.). **Análisis crítico y propuestas en torno a a legislación regulatoria del consumo y tráfico de drogas ilícitas**. Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES. **El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos**: la experiencia del continente americano. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales, 2015.

DE LA FUENTE, J.R. (Comp.) **Marihuana y salud**. Ciudad de México: FCE, Facultad de Medicina UNAM, Academia Nacional de Medicina, 2015.

DÍAZ-MÜLLER, L.T. **El imperio de la razón**. Drogas, salud y derechos humanos. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1994.

_____. El marco jurídico de las adicciones: el desencantamiento del mundo. In: _____. **Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano**: bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.

ESPOLEA. **La política de drogas y los derechos humanos**. Informe presentado ante el Consejo de Derechos Humanos con motivo del Examen Periódico Universal de México. 2013.

MÉXICO. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. **Foro internacional política de drogas y derechos humanos**: documento de conclusiones. Ciudad do México: CMDPDH, 2015.

GONZÁLEZ-PÉREZ, L. Drogas y derechos humanos. In: SIMPOSIO "DROGAS Y CRIMINALIDAD": homenaje al Dr. José Narro Robles. Ciudad de México: Facultad de Derecho/UNAM. Disponible: 21 out 2015.

HERNÁNDEZ-PONTÓN, A. Legislación de drogas y situación carcelaria en México. In: METAAL, P.; YOUNGERS, C. (eds.) **Sistemas sobrecargados**: leyes de drogas y cárceles en América Latina. Washington: Trasnational Institute, 2010.

_____. **La legislación de drogas en México y su impacto en la situación carcelaria y los derechos humanos**. 2015. Tesis (Maestría en Derechos Humanos y Democracia). Ciudad de México: FLACSO, 2015.

HUMAN RIGHTS COUNCIL. **Study on the impact of the world drug problem on the enjoyment of human rights**. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015.

KIERSZENBAUM, M. El bien jurídico en el derecho penal: algunas nociones básicas desde la óptica de la discusión actual. **Lecciones y ensayos**, v.86, n.187, 2009, p.211.

MALDONADO, S. Globalización, territorios y drogas ilícitas en los Estados-Nación: experiencias latinoamericanas sobre México. **Estudios Sociológicos XXVIII**, v.83, 2010, p.411-442.

MÉXICO. Diario Oficial de la Federación. Código Penal. 1968, México.

MÉXICO. Colectivo por una Política Integral Hacia las Drogas. **Primera Encuesta de Usuarios de Drogas Ilegales en la Ciudad de México**. Ciudad de México: CUIPHD, 2012.

MÉXICO. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. **Informe especial**. Drogas y derechos humanos en la ciudad de México 2012-2013. CDHDF, CIADH, CUIPHD, OSF, 2014.

MÉXICO. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos. **Foro internacional política de drogas y derechos humanos**: documento de conclusiones. Ciudad do México: CMDPDH, 2015a. Disponível em: <<http://drogasmexico.org/index.php?nota=13199&tipo=6&idext=78>>. Acesso em: 28 jan 2016.

_____. **Violaciones graves a derechos humanos en la guerra contra las drogas en México**. México: CMDPDH, 2015b.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Drug use epidemiology in Latin America and the Caribbean**: a public health approach. Washington, D.C.: PAHO, 2009.

PÉREZ-MONTFORT, R.; DEL CASTILLO YURRITA, A.; PICCATO, P. **Hábitos, normas y escándalo: prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío**. Madrid: Plaza y Valdés, 1997.

TORO, M.C. **Mexico's "war" on drugs**: causes and consequences. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1995. v.3

YOUNGERS, C. Los daños colaterales de la "guerra contra las drogas" impulsada por Estados Unidos. In: MORALES VITERI J. P.; PALADINES, J. V. (eds.). **Entre el control social y los derechos humanos**. Los retos de la política y la legislación de drogas. Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009.

Seção 2:

Formação para os Direitos Humanos de Usuários de Álcool e Outras Drogas

OS DESAFIOS PARA UMA FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS

Gilberta Acselrad

Já é um lugar comum dizer que o uso de drogas faz parte da história da humanidade. Mas esse pressuposto é muitas vezes entendido como algo que já aconteceu no passado ou que até mesmo poderá ser aceito num futuro distante. Mas, hoje, prevalecem as políticas antidrogas. Se, por um lado, já se entendem os problemas relacionados às drogas como questão de saúde pública e considera-se como substâncias psicoativas o álcool, tabaco, os medicamentos de uso controlado, ainda se aposta no recolhimento e internação compulsórios. Ou seja, o foco continua sendo as drogas de uso proibido por lei.

A ideia de um mundo *sem* drogas prevalece e para conseguir alcançá-lo instaura-se uma *guerra* – não contra as substâncias, mas sim contra as pessoas, especificamente as não brancas, pobres, moradoras de periferia, num combate constante e, tantas vezes, mortal em relação a tais segmentos sociais, considerados indesejáveis. Nesse cenário, são muitos os desafios de uma educação e uma formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. Isto porque num clima de guerra não há espaço para se perceber a complexidade do que se tornou um pesadelo.

A formação dominante incorpora o discurso jurídico-repressivo da legislação proibicionista, formando para o *vigiar e punir*. Tra-

ta-se de fazer prevenção radical do uso; evitar que ele aconteça. A abstinência ainda é objetivo principal na corrida para um fictício mundo *sem drogas* que nunca existiu. Conceitos como *dependência química* sugerem uma ação determinante do produto na adoção de um uso compulsivo, ignorando que pessoas diferentes e em contextos diferentes podem e fazem escolhas diferentes. Acredita-se que ao uso segue-se o abuso. O sujeito é considerado frágil e culpado por sua opção. Se frágil, não conseguirá resistir; daí a noção de escalada e morte. A escuta da pessoa que se torna dependente é secundária; prevalece a internação compulsória, contrariando o princípio que questiona tratamentos em situação de constrangimento. Colocados esses conceitos básicos, seguem-se as usuais recomendações de identificar características físicas e comportamentais que sugerem o uso: revistar mochilas e gavetas em busca de produtos suspeitos; fazer testes de saliva enquanto os filhos dormem; testar candidatos a postos de trabalho; preencher ao máximo o tempo ocioso das pessoas, principalmente dos jovens, para evitar o pensar; difundir as consequências da ação das drogas no sistema nervoso central (principalmente as de uso ilícito) como se estas fossem inexoráveis para todos, sugerindo o *simples não* como proteção suficiente. São esses os princípios da chamada *pedagogia do terror, de adestramento*.

E quais têm sido os resultados dessa formação predominante? Será que os profissionais de saúde e educação que buscam esse tipo de formação junto a instituições que a oferecem em larga escala têm se sentido mais seguros ao final desses cursos, sejam presenciais ou à distância? Por que tantos voltam a procurar mais e mais formação, sempre se dizendo inseguros? O que faz falta nesse tipo de formação?

Um outro tipo de formação vai além da legislação que hoje tornou algumas drogas ilícitas. Trata-se de uma formação que tem como ponto de partida colocar em questão certas noções tidas como verdadeiras. Trata-se de contestar os sentidos do proibicionismo atual, entendendo-se que se no passado a história do uso de drogas foi diferente e que, no presente, ela está sendo construída de outra forma. Alguns países têm mudado suas leis – descriminalizaram a *cannabis* para uso medicinal, até mesmo recreativo; por vezes, alguns descriminalizaram o uso de maneira geral. Essa formação não

aceita abdicar de uma reflexão que liberta, que estimula recuperar usos e costumes relacionados às drogas, no passado; recuperar a memória, não para voltar no tempo, mas para construir um futuro melhor, reinventando uma melhor relação com o álcool e outras drogas. Entende-se que a legislação proibicionista é *uma pedra no meio do caminho* da formação sobre drogas baseada nos direitos humanos porque impõe a criminalização arbitrária de algumas drogas e, dessa forma, impede o pensar, o falar alternativo. Incorpora-se a ideia que a dependência resulta do encontro de uma pessoa/sua personalidade com um produto num meio e momento sociocultural; ou seja, não temos todos o mesmo destino diante da droga. (OLIEVENSTEIN, 1984) Dessa forma, experimenta-se uma liberdade que a educação permite, deixando de ser uma extensão (até certo ponto desarmada) de uma legislação repressiva.

Se a formação dominante tem espaço de realização conquistado e garantido pela legislação vigente proibicionista, a outra, acima apresentada, segue em paralelo, em meio às muitas pedras que dificultam o seu avanço. O primeiro tipo de formação ganha o senso comum, sendo comuns as afirmações de “prefiro morrer a usar drogas” – não seria melhor estar vivo e se cuidar? Ou ainda, “não estamos preparados para a legalização, a mudança traria aumento brutal do consumo” – experiências locais registram aumento moderado, redução das mortes por overdose, aumento da busca por orientação e atendimento. (CATTACIN; LUCAS; VETTER, 1995) O segundo tipo de formação ganhou credibilidade com a proposta de Redução de Danos: se nem todos que usam drogas querem, podem e conseguem interromper o uso, melhor é diversificar e construir alternativas para que essas pessoas não fiquem à margem de orientação e ajuda. (NIEL; SILVEIRA, 2008) Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) são uma expressão real da afirmação da Redução de Danos e a política antidrogas chegou a admitir ser esta uma resposta pragmática a ser apoiada, ainda que se continue apostando nas comunidades terapêuticas.

Mas para aqueles que optam pela formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos, quais são os desafios que se colocam? Como passo inicial, sugere-se recuperar a memória de outros usos. Freud (2010) afirmou que diante da angústia decorrente

da condição de mortalidade, das ameaças das forças da natureza e da frustração causada pelo outro, o ser humano teria inventado a ciência para explicar o mundo, a arte para embelezá-lo e a droga para suportá-lo. Está aí um argumento que coloca a droga como parte da experiência humana. A história dos usos e costumes de drogas é contada por vários autores ao longo dos séculos desde o mundo grego, (ESCOHOTADO, 1996) descrevendo controles sociais coletivos entre os romanos como forma de reduzir danos do uso excessivo do álcool (VILLARD, 1988), usos populares e terapêuticos da maconha, (HENMAN; PESSOA JUNIOR, 1986) as diversas perspectivas sobre essa experiência e a interdisciplinaridade como forma de entender sua complexidade. (LABATE et al., 2008)

Surpreende ver o quanto as histórias infantis são prenes de poções mágicas que ensinam as crianças a viver melhor, a superar problemas. Com elas, *Alice*, pelo menos *no país das maravilhas*, crescia, diminuía, enfrentava os problemas da vida. Outras personagens, menos sábias, menos informadas como a *Bela Adormecida* comiam maçãs envenenadas – recordar a história do banimento das rocas como hoje são banidas algumas drogas. Desinformada, a Bela, quando se aventurou, adormeceu e ficou na dependência do *um príncipe para salvá-la. João e Maria*, abandonados pelos pais, descobrem a casa de chocolate, comem tudo o que querem, jogam a bruxa na fogueira e pela rota das *pedras* deixadas pelo caminho, retornam ao lar e são felizes para sempre com seus pais. *Popeye* comia espinafre e ficava mais forte, tornando-se invencível. *Super Homem* tinha força e voava; assim resolvia, sozinho, os problemas do mundo. *Peter Pan e Sininho* voam e fazem o tempo parar. *Emília*, personagem do nosso Monteiro Lobato, graças ao pó de pirlimpimpim, conseguia se transportar para outros tempos, outros países; ia à Grécia onde encontrava Péricles. Na infância, as poções mágicas/drogas são elementos positivos, dão força e coragem para enfrentar desafios, aumentam a percepção de tempo e espaço; mas quando se cresce, a história muda, as poções não são mais permitidas, tornam-se um caso de polícia! (ACSELRAD, 2015)

Em seguida, cabe repensar a noção de que as drogas seriam um mal em si, que escravizariam basicamente os jovens, sendo fonte de

corrupção da saúde física e moral da humanidade. Nesse cenário, só haveria a alternativa de uma política repressiva e de encarceramento de todos os envolvidos, para livrar o mundo desta ameaça. Aqui

Misturam-se fatos e preconceitos, apresentam-se os efeitos como se causas fossem, cria-se um bode expiatório político de evidente utilidade, fomenta-se *a contrário* um excelente negócio, utiliza-se a desgraça alheia como reforço da boa consciência própria e se retrocede ante as possibilidades jurídicas e técnicas de um Estado realmente moderno. (SAVATER, 2000, p.281)

Ora, como buscar e alcançar esse objetivo se todas as sociedades conheceram e fizeram uso de substâncias que alteram a percepção habitual da realidade? Parece que seria específico de quem tem consciência querer experimentar com sua consciência. Os registros de usos de drogas em rituais sagrados, festivos, esportivos, assim como o uso abusivo ocasional levam a crer que a história das drogas se confundiria com a da própria humanidade e seria paralela a esta.

No entanto, com o proibicionismo, muito além da alteração da qualidade e quantidade de consciência passível de ser vivida como prazerosa, cria-se um contexto de uso de drogas associado à angústia e ao sofrimento, fomentando um quadro de violência armada organizada semelhante à vivida em situações de guerra. Essa perspectiva é difundida não só em relação ao uso ocasional, mas para os que, eventualmente, se tornam dependentes, para as famílias, comunidades; enfim, toda a sociedade. Daí o esforço de repensar essas questões, o que nos ajudaria a construir um agir solidário e respeitoso dos direitos humanos. Quem não reconheceria o quanto é insuportável continuarmos a viver nesse clima de *guerra às drogas*?

A formação sobre álcool e drogas nos anos 1980 pensou a educação para a saúde como forma de prevenção às drogas e garantia de direitos. O estímulo a uma vida saudável – se alimentar bem, habitar bem, praticar esportes, estar inserido no mercado de trabalho – garantiria uma integração social e afetiva positiva no mundo. Compreendendo a inevitabilidade da experiência – a história das drogas se confunde com a da própria humanidade – a educação para a saúde focou na prevenção do uso indevido. Mas qual seriam

os sentidos do termo “indevido”? Seria indevido apenas o uso de drogas hoje tornadas ilícitas? Ou seria indevido o uso de grandes quantidades de quaisquer drogas – lícitas ou ilícitas? E quais seriam as possibilidades da prevenção realizada pelos educadores, seja ela do uso ou do abuso? Se é pretendido evitar que alguma coisa aconteça, fazer prevenção de forma radical, os educadores poderiam ter sucesso na sua ação pedagógica? Que possibilidades e limites teria a educação para a saúde sobre drogas posta em prática de forma descontextualizada? Assim, se colocou a necessidade de ir além da preocupação com a saúde em si; a necessidade de se pensar nos direitos que deveriam ser garantidos às pessoas que usam drogas, indo além da competência técnica na área específica e assumindo um compromisso político mais amplo.

Alguns autores ajudam a repensar o lugar, os limites e possibilidades de ação dos educadores do que se refere a problemas relacionados às drogas. Segundo Amaral Dias (1979), o educador tem como papel facilitar no jovem a passagem da ação intuitiva ao pensamento ligado à ação refletida. Sendo um objeto de transferência, desde que consciente do que pode representar para o jovem e sua família, é um suporte privilegiado na tentativa de resolução da dependência da droga, sinal e sintoma de um mal-estar no mundo. Mal-estar este construído historicamente pela sociedade capitalista contemporânea que procura dar aos sujeitos a impressão de terem possibilidades de realização individual infinita, de poderem decidir sobre tudo, quando, muitas vezes, as escolhas se revelam limitadas. Daí a importância da formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos como aquela pode nos livrar dos bloqueios e limites que foram colocados em nossas cabeças, ou seja, precisamos reaprender a pensar para melhor agir. No que se refere à droga, diante de tantos danos e enganos criados pelo proibicionismo ao longo do último século, precisamos nos livrar do entorpecimento que domina nossa razão e tentar aprender a aprender, aprender a descobrir, aprender a inventar, repensando formas de lidar com essa experiência.

Estudos epidemiológicos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) (CARLINI et al.,

2010) esclarecem a realidade brasileira e mostram percentuais mais altos de consumo das drogas de uso permitido por lei – bebidas alcoólicas, tabaco e menores no que se refere às drogas ilícitas, sugerindo a prioridade que estas substâncias deveriam ter na política de drogas. Esses estudos apontam percentuais mais altos de experimentação (ter consumido alguma droga pelo menos uma vez nos últimos seis meses), enquanto o uso frequente significativamente tem menor incidência (ter consumido alguma droga mais de 20 vezes no último mês). A relação entre uso frequente e problemas na escola, no trabalho, na família, sugere quadro de dependência com percentuais inferiores a outros países. A qualidade de relação com a droga – tipos de problema vividos em casa, no trabalho, na escola – também são mencionados nesses estudos. Sem dúvida, um só caso de dependência que seja, que implica em tanto sofrimento, deve nos mobilizar; entretanto, para um observador atento não é difícil perceber que o uso e dependência da droga ilícita não parece ser o problema público nacional número um. São dados que *limpam* o terreno dos pré-conceitos, permitindo caminhar com esclarecimento.

Com Paulo Freire (1987) aprendemos os equívocos da educação bancária, que distingue a ação do educador em dois momentos: no primeiro, o educador em sua biblioteca adquire os conhecimentos, e, no segundo, diante dos educandos, narra o resultado de suas pesquisas, cabendo a estes apenas arquivar o que ouviram ou copiaram. Com esse tipo de educação não há produção de conhecimento, mas sim reprodução do que está dado, o sujeito não é chamado a conhecer. Apenas memoriza mecanicamente o que lhe foi dito; recebe de outro algo pronto. Assim, de forma vertical e antidialógica, a concepção bancária de ensino age no sentido da passividade supostamente necessária à prevenção às drogas, entendida aqui como impedir que alguma coisa aconteça, impedir a própria experiência de uso, informando de forma reducionista a ação das substâncias ilícitas no sistema nervoso central, disseminando a ideia falsa que toda experiência leva à dependência, afirmando que os danos decorrentes do uso de drogas são inexoráveis e generalizáveis. Nas feiras de ciência, nas escolas, os jovens reproduzem apenas as informações divulgadas pelos educadores. Segundo a política proibicionista, é preciso dizer não às drogas, sem maiores reflexões. Ora,

a capacidade crítica é essencial – conhecer seus limites psíquicos, físicos, sociais para poder tomar decisões protegidas. Saber lidar com substâncias sujeitas a controles de qualidade muitas vezes precários – que é o caso das drogas de produção, comércio e uso lícitos. Saber lidar com substâncias que estão fora desse controle de qualidade. Saber se movimentar em meio ao descontrole e violência instaurados com o proibicionismo. São muitas exigências para se contornar riscos; daí a importância de repensar a educação.

Castoriadis (1989) fala da importância de aprendermos a lidar com nossos desejos, construir a capacidade de deliberação lúcida, construir uma subjetividade que reflita e que seja capaz de deliberação e de vontade. O autor cita uma afirmação de Freud, segundo a qual a psicanálise, a política e a pedagogia seriam profissões *impossíveis* na medida em que têm como projeto a criação da autonomia no sujeito, sujeito este que ainda não tem consciência dela. A construção de autonomia se opõe à pretensão de *erradicar do espírito e da alma qualquer traço de pensar e querer próprios*. Esse autor chama *autônoma* uma sociedade que não somente sabe explicitamente que criou suas leis, mas que se instituiu de modo a liberar seu imaginário e ser capaz de alterar suas instituições mediante sua própria atividade coletiva, reflexiva e deliberativa. A autonomia será essencial como forma de reduzir os danos eventuais, mas reais, a toda experiência de droga.

Reich e Schmidt (1973) discutem o fazer pedagógico quando dizem que

[...] é preciso restringir as medidas educativas às frustrações absolutamente indispensáveis [...] entendendo que a primitiva força vital que se pretende domar tem sido capaz de criar cultura. A imposição de frustrações desnecessárias seria fruto da compulsão sádica em educar: 'faço isso porque é melhor para você'. (REICH; SCHMIDT, 1973, p.92)

A escolha em ser educador resultaria da necessidade de se resgatar um passado e Reich argumenta que se a noção de resgate passa de alguma forma pelo desejo de vingança, os educadores devem ser cuidadosos no seu desejo de educar. Os autores falam também

da importância de se perceber por que e para que educamos, por acreditar na potência da educação para a autonomia.

Mas como construir um discurso pedagógico, seja na sala de aula de aula, seja no atendimento terapêutico solidário, respeitoso dos direitos humanos? Segundo Foucault (1971) os discursos que envolvem poder – política, sexualidade, e agregaríamos aqui as drogas – são ameaçadores, na medida em que sugerem percepções outras da realidade que não as que estão dadas. Segundo o autor, o processo de construção de uma fala própria é fonte de angústia, de dúvidas naturais a todo começo; e o indivíduo sente o desejo de incorporar um discurso já pronto. Mais do que tomar a palavra, deseja ser envolvido por ela, deseja encontrar-se de imediato no interior do discurso, no qual as verdades, uma a uma, se apresentem e ele apenas se deixe levar. A esse desejo, as instituições respondem que o discurso existe na ordem das leis e que há muito tempo sua expressão estaria dada. O desejo de se deixar levar e o poder exercido pelas instituições seriam réplicas de uma mesma inquietação diante dos poderes e perigos que envolvem a construção de um discurso próprio – sua realidade material de coisa pronunciada e escrita, sua duração transitória, o próprio sentido temporal das palavras. O discurso das instituições se organizam como instrumento que se sobrepõe. Mas as pessoas falam e suas falas também se reproduzem... O que haveria de tão perigoso nisso? Na sociedade, a produção dos discursos que implicam em poder seria controlada, selecionada, organizada e redistribuída através de um certo número de procedimentos, externos e internos, que têm por objetivo conjurar os poderes, controlar os acontecimentos aleatórios, driblar sua pesada e temível materialidade. (LABATE et al., 2008) Tais procedimentos teriam como objetivo ‘controlar’ sua produção. Não poder falar sobre determinados temas, procedimento chamado por Foucault de palavra proibida, seria o primeiro – nem todos têm o direito de dizer qualquer coisa em qualquer circunstância, no que se refere às drogas ilícitas. Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito exclusivo e privilegiado de quem fala, três interdições que se cruzam. Falar sobre droga, a partir da criminalização da produção, comércio e uso de algumas substâncias tornadas ilícitas, se torna um tabu.

O segundo procedimento seria a oposição entre a razão e o discurso do usuário. A experiência é criminalizada, negada a sua possibilidade ainda que de forma controlada; ao mesmo tempo, lhe são atribuídos estranhos poderes. O discurso da experiência é excluído, embora a história da humanidade confirme sua materialidade. A experiência de uso ilícito é identificada à dependência, e a dependência só é investida de poder quando controlada pela escuta do especialista. A internação compulsória de usuários de *crack* que vivem nas ruas de nossas cidades não seria uma tentativa de aprisionar seus discursos, de reduzir ao *crack* um sofrimento que tem a ver com a miséria social, a falta de inserção no mundo, um sofrimento mais amplo, complexo? Não é dado espaço à fala do usuário que, em termos estritos, não existiria. Prevalece o discurso da razão.

A oposição entre o falso e o verdadeiro completa o quadro de procedimentos externos à construção do discurso sobre as drogas, fundamental no controle do que é aceito como “verdade”. Se nos colocamos no interior do discurso repressivo, que impõe a abstinência como norma, essa partilha não parece arbitrária ou violenta – afinal, a pretensão de um mundo *sem drogas* é apresentada de forma natural, verdadeira. Mas, se queremos saber sobre a história do consumo de drogas ao longo de tantos séculos, percebemos sistemas de exclusão, modificáveis e institucionalmente constrangedores. O discurso da abstinência continua sendo valorizado, distribuído e atribuído pelas instituições como “o verdadeiro”. Em que pesem os inúmeros estudos que têm confirmado, ontem e hoje, a evidência de usos controlados, prevalecem pressões, constrangimentos. A ação das drogas no sistema nervoso central se impõe como determinante em qualquer uso, assim transformado em dependência *química*. As experiências antigas e recentes de uso sem danos ficam obscurecidas.

Batista (1998) alerta sobre pareceres produzidos por psicólogos e assistentes sociais chamados a opinar sobre a pertinência de redução de medidas socioeducativas (de fato, medidas penais) no caso de adolescentes pobres em conflito com a lei. Nesses pareceres, os profissionais, até certo ponto inconscientemente, reproduzem preconceitos que não seriam aplicados a outros sujeitos de condição social e econômica diferente, ainda que em situações semelhantes.

Assim, o olhar altaneiro do adolescente em conflito com a lei é visto de forma negativa, exigindo-se dele olhos baixos, submissos diante do psicólogo e do assistente social, para que se justifique sua semelhança. Por outro lado, de um adolescente de classe média ou alta, espera-se justamente o olhar direto, prova de segurança. A circulação do jovem pobre longe do seu domicílio é vista com desconfiança, mas no caso do jovem bem-nascido, significa possibilidade de agregar cultura, quando está longe de seu domicílio em viagens de intercâmbio cultural em outras cidades e países. Jovens adolescentes não brancos, pobres e moradores de periferia da cidade do Rio de Janeiro, sem projeto de futuro, se organizam de forma armada no tráfico de drogas ilícitas, opção sinistra que os leva aos depósitos do sistema socioeducativo superlotado, e à morte com índices maiores do que os verificados em países com situação de guerra declarada. (DOWDNEY, 2003)

Tornando concretas essas reflexões, tentamos sugerir, ao longo de nossa prática de formação sobre drogas junto a professores, psicólogos, assistentes sociais, através de cursos de extensão, por mais de vinte anos, a proposta de educação para autonomia

[...] pedagogia dialógica, provocante, desafiadora, fazendo a crítica do real, buscando identidade com a prática, num estudo rigoroso, comprometido com a transformação da realidade, buscando uma sistematização coletiva. (PEY, 1988, p.29)

A crítica aos mitos e a meias verdades torna-se um desafio. No processo discursivo dialógico aplicado à educação sobre as drogas resgata-se o saber coletivo, educador e educando se tornam sujeitos de transformação, e não meramente agentes de repetição. Mas não é um processo fácil. Durante processos de formação sobre álcool e outras drogas na ótica dos direitos humanos, a proposta de leitura do texto da lei brasileira sobre drogas de forma crítica se torna um processo difícil e que atemoriza quem está acostumado a *sofrer a lei*, não a refletir sobre ela: *como entender uma fala tão especializada como a jurídica? Como estar em desacordo se se trata de uma lei? Sugestões, mudanças a propor, como, se não tenho formação específica?* Nessa

‘viagem’, a abstinência é considerada apenas uma opção individual que não será passível de ser generalizada. A experiência da droga é reconhecida como parte da experiência humana. O educador não abre mão de sua responsabilidade de orientar na passagem para a vida adulta, mas reage contra a função tradicional de “vigiar e punir”. Assim, rompe-se o isolamento, em si favorecedor de situações de risco, promovendo-se a busca de conhecimento, gerando-se valorização e responsabilização dos sujeitos na relação com o outro e em grupo. Essa postura pedagógica possibilita refletir sobre como o uso de drogas tem sido tratado, ao longo do tempo, e cria o poder de inventar novas formas coletivas de lidar com a questão, atuando na reconstrução de mecanismos de controle individuais e coletivos, esses, sim, capazes de reduzir danos. Nessa formação, percebe-se que os danos decorrentes do uso não se restringem à saúde individual, mas se estendem à saúde coletiva de forma ampla, em termos do bem-estar no mundo.

A tarefa pedagógica de orientação e ajuda pode ser resgatada desde que o educador assuma a consciência de seu papel como suporte do jovem, do outro, na passagem pela vida. Os conflitos decorrentes do consumo de drogas são identificados como sintomas de um mal-estar no mundo. A falsa ideia de um mundo em harmonia, em equilíbrio perfeito, cede espaço para a compreensão de que, através da reflexão e ação diante dos conflitos, se fortalecem nossas chances de fazer descobertas, de aceitar limites e de promover uma convivência solidária.

Na perspectiva dialógica, educadores e jovens vão além da competência técnica e assumem o compromisso político com uma democracia onde há expansão da liberdade do sujeito, colocando-se alternativas às campanhas moralistas, reducionistas que caracterizam o proibicionismo. As ações educativas precisam de um discurso amplo que dê conta dos problemas do nosso tempo: a distribuição dos poderes, das riquezas, do saber; a violência, o desemprego, a fome, a falta de solidariedade, desigualdades que fazem como que alguns se sintam bem porque pertencem a um grupo social e outros se sintam mal porque são excluídos. (PEY, 1988)

A construção do discurso democrático sobre as drogas tem uma pedra no meio do caminho: o modelo proibicionista que, com seus métodos repressivos, não só não consegue a abstinência almejada, como produz um círculo vicioso e trágico pela espiral de violência, evidenciando sua fragilidade e explicando seu fracasso. Pessoas que usam drogas, sejam elas de uso legal ou não, são sujeitos de direitos e deveres. Sem discriminação, sem fantasias que *glamourizem* sua condição. O que a sociedade precisa realmente é de uma política voltada para os usos problemáticos, respeitosa dos direitos de cidadania. Programas educativos que integrem esse discurso terão melhores resultados em um quadro não mais de caos produzido pelo proibicionismo, mas de normalização da produção, comércio e uso de drogas que poderia se inspirar na política recente em relação ao tabaco. Savater conclui que

Nossa cultura, como todas as outras, conhece, utiliza e procura drogas. É a educação, a inquietude e o projeto vital de cada indivíduo que pode decidir qual droga usar e como fazê-lo. O papel do Estado não pode ser mais que informar da forma mais completa e razoável possível sobre cada um dos produtos, controlar sua elaboração e sua qualidade e ajudar os que desejam ou se virem prejudicados por esta liberdade social [...]. (SAVATER, 2000, p. 287)

A normalização com controles coletivos da produção, do comércio e do uso de drogas, associada à luta afirmativa de direitos – contra a discriminação racial, contra a desigualdade, entre outros – sem dúvida permitiria o aumento da demanda de orientação e ajuda, e romperia com o círculo perverso da violência.

Comprometidos com um projeto pedagógico baseado nos direitos humanos, psicólogos, assistentes sociais e professores da rede pública municipal e estadual do Rio de Janeiro, participando de formação sobre drogas na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), elaboraram uma Declaração de Direitos dos Usuários de Drogas, em 2000, assumindo o compromisso político com uma nova visão sobre as drogas baseada nos direitos humanos. O texto, inspirado em princípios firmados em um Seminário que reuniu profissionais que atuavam na área de drogas, em Lisboa 1992, (CHOU-

KROUN, 1994) e divulgado no I Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, manifestaram o desejo que a preocupação ética seja uma condição *sine qua non* de atuação dos organismos internacionais, com base nos direitos humanos, a saber: pessoas que usam drogas são sujeitos de direitos e deveres; a dependência expressa um sofrimento com dificuldades físicas, psicológicas e sociais e, mesmo a mais prolongada, deve ser sempre considerada uma situação provisória; os dependentes de drogas devem ser considerados, pela legislação trabalhista, em situação de doença, nas mesmas condições previstas para as demais doenças e devem ter acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade e permitam reinserção social; as autoridades públicas e profissionais devem exercer o direito de zelar pela ética de toda prática terapêutica; o Estado deve planejar políticas públicas integradas de apoio; as políticas de prevenção do tipo *guerra às drogas* devem ser condenadas porque, de fato, contribuem para a discriminação das pessoas que usam drogas; da mesma forma devem ser condenadas as propostas e práticas do teste *antidoping* obrigatório nas escolas e nas empresas, à revelia dos estudantes e trabalhadores testados, em razão de seus desdobramentos discriminatórios e de exclusão; as práticas judiciais devem ser modificadas, já que a prisão não resolve, pelo contrário, só agrava os danos decorrentes do uso de drogas, dificultando a reinserção; elaboração de políticas públicas de prevenção, de tratamento e reinserção, com base na redução dos danos, articulando os diferentes campos da saúde, educação, juventude, família, previdência social, justiça, emprego, nacional e localmente, integrando as atividades públicas e privadas; a definição e a implementação de tais políticas exigem competências técnicas e o respeito à pluralidade de modelos, assim como a busca da sua complementaridade; promoção de competências técnicas específicas para os profissionais que atuam na área, com formação diversificada, baseada em dados de pesquisa médica e das ciências humanas, numa abordagem interdisciplinar e política dos fenômenos da dependência de drogas; dever do Estado em assegurar os meios financeiros para desenvolver políticas adequadas, tendo em vista a gravidade do problema; dever dos governos em assumir responsabilidades, sem exploração política ou

ideológica, garantindo o acesso a prevenção e tratamento de qualidade, e o respeito aos direitos e liberdades individuais; incentivo à troca de experiências, comunicação e colaboração; inclusão de usuários de drogas nos conselhos, gerências e direções das Organizações Não-Governamentais e Governamentais e financiamento privilegiado aos organismos multilaterais que incluam usuários de drogas no planejamento e realização de programas e projetos; criação de redes municipais, estaduais, nacionais e internacionais não dependentes unicamente das instâncias de governos, mas com a colaboração concreta e dinâmica entre todos os atores locais.

A Declaração foi assinada, na época, por três deputados estaduais do Rio de Janeiro e 39 ONGs, associações, movimentos sociais organizados com atuação direta ou indiretamente ligada ao tema das drogas, empenhados na defesa dos direitos humanos. O texto serviu de base para a discussão numa série de audiências públicas na Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e serviu de base para elaboração de um Projeto de Lei, posteriormente aprovado como Lei Estadual 4.074/2003. Poucos itens da Declaração foram incorporados na lei aprovada. O primeiro item da Declaração – a pessoa que usa droga é um sujeito com direitos e deveres – não foi incluído na lei, por ter sido considerado *suspeito* pelo governo do Estado da época. Até hoje, a maioria dos itens não faz parte da agenda das políticas públicas sobre drogas.

A política antidrogas não cultiva memória, nem tem intenção de fazer a crítica da sociedade atual que tem no consumo sua expressão máxima de cidadania possível – *consumo, logo existo*. O consumidor se sobrepõe ao cidadão de direitos. Ora, até que ponto quem faz uso de drogas compulsivamente não corresponde justamente a esse desejo de saciedade proposto? (DALY; COBB JUNIOR, 1993) Não seria o caso de repensar esse modelo de sociedade que, ao mesmo tempo em que condena determinadas condutas, promove a busca de satisfação individual sem limites?

Descriminalizaçãodo cuidado, reflexão proposta recentemente (TOROSSIAN; PAPINI, no prelo) é uma escolha que evoca o paradoxo criado por convenções internacionais que ao tornar algumas drogas ilícitas, penalizaram criminalmente ao mesmo tempo quem produz,

comercializa e faz uso e, também, o gesto de quem busca socorro e de quem tenta responder a esse apelo. Para poder atender às pessoas que usam drogas e seus familiares, o profissional precisa se preparar, se questionar e ser amparado também; daí a educação dever ser permanente, a aprendizagem aberta e contínua. Caberá pensar e repensar o cotidiano de trabalho, um pensar que se interroga e que convoca a ação de transformar, um pensar articulado com a realidade política do país, mas que não abdica do compromisso de transformá-la, recusando engessamentos, modelos preestabelecidos.

Na educação e formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos, o profissional não se sentirá frustrado quando alguém tem uma recaída de uso dependente porque tem consciência da necessidade da integralidade e da transversalidade no atendimento e, na sua falta, tantas vezes desanima, e de alguma forma também tem suas *recaídas*. E, nesses momentos, longe de achar que o caminho é ser tolerante diante de tantos desafios, de fato, precisa manter o compromisso político com a mudança na legislação proibicionista que, uma vez alterada, por certo não resolverá todos os problemas, mas abrirá caminho para o cuidado integral à saúde e ao bem-estar social.

Esse cuidado integral depende positivamente da atuação em rede, o que imprime potência na ação. Mas redes que promovem a circulação de ideias e ações, podem também promover controle, esbarrar em dificuldades de negociação, quando, por exemplo, a proposta de Redução de Danos perde espaço na medida em que a política antidrogas fortalece as internações compulsórias, as comunidades terapêuticas. O cuidado precisa se sobrepor ao controle. O modelo de gestão neoliberal pressupõe uma permanente tensão entre o que é do interesse público e os interesses de um Estado cada vez mais privatizado. Um Estado em que a garantia de financiamento público para as necessidades básicas da população é sempre secundária, prevalecendo os interesses do capital sobre o social. A política de drogas atual compromete a organização do cuidado à saúde das pessoas em situação de dependência. A descriminalização do cuidado é condição *sine qua non* para uma formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos.

A prevenção radical – evitar a primeira experiência de uso – nega a história do consumo de drogas e, na sua ânsia de um mundo em harmonia que nunca existiu, corre o risco de prevenir a própria vida. (LAZARUS, 1994) Personagem de Guimarães Rosa (1967), Riobaldo dizia *viver é risco continuado*. Portanto, não se trata de eliminar os riscos que fazem parte da vida, mas sim aprender a lidar com eles, para viver melhor.

Referências

- ACSELRAD, G. (org.). **Quem tem medo de falar sobre drogas?** Saber mais para se proteger. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2015. 164p.
- AMARAL DIAS, C. **O que se mexe a parar:** estudos sobre a droga. Coimbra: Afrontamento, 1979.
- BATISTA, V.M. **Difíceis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Carioca de Criminologia, 1998. 144p.
- CARLINI, E.A. et al. (Org.). **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID/SENAD, 2010. 503p. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2015.
- CASTORIADIS, C. **Psychanalyse, pedagogie, politique.** Paris: Lettre Internationale, 1989.
- CATTACIN, S. LUCAS, B.; VERTTER, S. **Modèles de politiques en matière de drogue, une comparaison de six réalités européennes.** Paris: Harmattan, 1995.
- CHOUKROUN, R. Un travail de Sisyphe. In: BORELLO, J.-M.; MAURICE, M. (orgs.). **Toxicomanies, Sida, Droits de l'Homme et Déviances.** Paris: UNESCO/DGLDT, 1994.
- DALY, H.; COBB JR. J. B. (orgs.). **Para el bien común, reorientando la economía hacia la comunidad, el ambiente y un futuro sostenible.** México: Fondo de Cultura Económica Contemporánea, 1993.
- DOWDNEY, L. **Crianças do tráfico:** um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2003.

ESCOHOTADO, A. **História elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1996.

FOUCAULT, M. **L'Ordre du discours**. Paris: Gallimard, 1971.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização: novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. 18v.

HENMAN, A.; PESSOA JUNIOR, O. (Org.). **Diamba sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha**. São Paulo: Ground, 1986.

LABATE, B. C. et al. (org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008. 440p.

LAZARUS, A. Y-a-il une prévention primaire de la toxicomanie? In: BORELLO, J. M.; MAURICE, M. (orgs.) **Toxicomanies, sida, droits de l'homme et déviances**. Paris: Ed. UNESCO/DGLDT, 1994.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. (Org.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008. 96p.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga: drogas e toxicômanos**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984, p.143.

PEY, M.O. **A escola e o discurso pedagógico**. São Paulo: Cortez, 1988, p.159.

REICH, W.; SCHMIDT, V. **Psicoanálisis y educación**. Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1973.

ROSA, Guimarães. **Grande sertão: veredas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1967.

SAVATER, F. **Ética como amor-próprio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

TOROSSIAN, S. D.; PAPINI, P. A. (Orgs.) **Descriminalização do cuidado: políticas, cenários e experiências em redução de danos**. Porto Alegre: Gráfica UFRGS. No prelo.

VILLARD, P. Ivresses dans l'antiquité classique. **Revue Histoire, Économie et Société**, Paris, 1988, p.475-489.

OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE PARA A FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS

João Mendes de Lima Junior

Eroy Aparecida da Silva

Yone Gonçalves de Moura

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo

Ileno Izídio da Costa

Saúde, Cuidado e Formação em Álcool e Outras Drogas: Direitos Humanos ou Humanos de Direitos?

Cuidado, saúde, formação, drogas e Direitos humanos, palavras que, mesmo ao serem apresentadas uma de cada vez, já trariam em si muitos sentidos. Quando apresentadas juntas, estes significados se entrelaçam para formar um tecido múltiplo e diverso que somente é possível ser compreendido sob a ótica da complexidade, do compromisso sociopolítico e ético. (MORIN, 2002; BOCK, GONÇALVES, FURTADO, 2001) Faz-se necessária a ampliação dos horizontes tanto teórico quanto prático do campo da saúde coletiva para que o cuidado ao usuário de drogas ocorra em observância à dimensão da cidadania e dos direitos.

Refletir sobre formação, especialmente em álcool e outras drogas, sob a ótica dos Direitos Humanos, implica antes em compreen-

der a qualidade do cuidado nas práticas de saúde, para além das técnicas e das especialidades reducionistas, que muitas vezes excluem, rotulam e estigmatizam. (AYRES, 2004) A teoria da complexidade, na qual baseamos nossas proposições, nos convoca a pensar o cuidado fundamentado no comprometimento dos profissionais para a construção de um vínculo humano circular que acolha, escute e compreenda a vulnerabilidade humana como condição intrínseca a vida. Em terceiro lugar, cabe-nos perguntar qual é a relação entre cuidado, formação em álcool e outras drogas e Direitos Humanos. A qual direito e de qual humano nos referimos? Do homem “coisificado”, massificado, impotente e passivo diante da sua realidade? Do “direito universal”, considerado nesta concepção de homem, mas que na prática não é exercido? Certamente, não.

Propomos aqui convidá-los a pensar a concepção de que o direito não é dado, não é garantido *à priori*, mas conquistado historicamente; na afirmação da vida em sua potência de criação; na concepção do humano como permanente criação de si e de mundos, somente viabilizadas nas relações coletivas construídas em um devir contínuo que não separa a pessoa de todos seus contextos. (BICALHO, 2005) Um todo onde o cuidado em saúde e a garantia dos direitos estejam de fato interconectados e a serviço da humanização. (AYRES, 2004)

A compreensão de Direitos Humanos, para além da desnaturalização, pressupõe a visão de que estes não se restringem apenas a códigos e tratados, mas dizem respeito às concepções sobre os humanos. Que práticas se articulam a ‘discursos’ de proteção, direitos e cuidados? Historicamente muitas atrocidades foram cometidas em nome do cuidado. O exemplo vivo delas está nos manicômios em várias partes do mundo e também no Brasil; (ARBEX, 2013) ou no movimento higienista que teve uma “suposta prática de cuidado” ao retirar pessoas em estado de vulnerabilidade social das ruas trancando-as nas prisões ou nos manicômios, tentando varrer o “lixo social” historicamente construído, defendendo a limpeza e assepsia dos locais tanto públicos como privados; quando o que estava nas bases destas práticas era sabidamente uma relação de poder e violação dos direitos. (MAESTRI, 2000)

Não seria demais aqui lembrar Bobbio (1985, p.13) ao alertar que

[...] la construcción de las paredes maestras del Estado de derecho que tienen por fundamento y fin la tutela de las libertades del individuo frente a las variadas formas de ejercicio arbitrário del poder[...].

Isto nos impõe reafirmar que os Direitos Humanos refletem uma concepção de sociedade que se deseja construir e de pessoas que se deseja formar. O que fundamenta esse movimento não é uma dádiva, uma inspiração intelectual ou mais um modismo, mas os próprios processos e aprendizagens acumulados pela humanidade, nas mais diversas áreas, experiências e descobertas. É um processo de construção humana, de apreensão e de recriação da realidade, num esforço contínuo e perene de sua afirmação para que as formas arbitrárias do exercício do poder não imperem na sociedade, em particular, por sua complexidade e invisibilidade construída, a temática do uso problemático de drogas.

Conforme enfatiza Oliveira (2015), é principalmente a partir da segunda metade do século XX que o paradigma dos Direitos Humanos se consolida reunindo referenciais jurídicos, teóricos e empírico-metodológicos. Desde então, ampliou-se o escopo de direitos, e hoje temos a abordagem que reúne não só os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais. O princípio é a universalidade da dignidade humana, considerando a singularidade de cada indivíduo e seu segmento sociocultural. Concordamos com Alves e Lima (2013) quando afirmam que a atuação do Estado referente ao uso de drogas deve ser a regulamentação de estratégias específicas e de instrumentos normativos que respeitem o direito individual, sendo igualmente capazes de promover o direito à saúde.

“Cuidado” e Direitos Humanos são temas transversais que não podem ser separados ou pensados genericamente, estando a serviço dos humanos. Sobretudo aos que inúmeras vezes são destituídos da sua mínima condição de humanidade, tratados como invisíveis so-

ciais, abduzidos da rua para que não estraguem a paisagem urbana. (BICALHO, 2005)

Historicamente as práticas de cuidado estiveram relacionadas à caritatividade religiosa, ao assistencialismo, ao especialismo do modelo médico-higienista que ainda inspira muitas das experiências de formação profissional. Só recentemente, após mudanças advindas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, emergem concepções humanizadas do cuidado em saúde, das quais creditamos ser possível emergir novas práticas de acolhimento às pessoas em sofrimento decorrente do uso problemático de drogas.

Cabe, de pronto, apontar em termos filosóficos gerais, que as dimensões da Ética do Cuidado e da Alteridade serão motes fundamentais para toda nossa discussão, posto que nelas tenhamos o cuidado como dimensão essencial da existência e da relação humana (HEIDEGGER, 2008) e da Alteridade (entendida como “O respeito fundamental ao Outro”). (LEVINAS, 2009)

Assim, o presente capítulo propõe o entrelaçamento complexo e necessário entre a realidade do consumo de drogas nos diversos contextos, os usuários delas enquanto humanos marcados por aspectos históricos e sociais, o cuidado e o respeito aos direitos fundamentais (saúde, cuidado, humanos), em seus desafios para a formação dos profissionais da área da saúde.

■ **Um desafio para a formação em álcool e outras drogas: os Direitos Humanos**

O debate sobre o uso das drogas que alteram o Sistema Nervoso Central (SNC) é marcado por tensões que atingem diversos âmbitos, tais como: filosofia, política, direito, saúde, etc. Nem todas as substâncias popularmente denominadas “drogas” são capazes de alterar o SNC. Nem todas as substâncias com potencial de alterar o SNC foram submetidas a arbitrária proibição como, por exemplo, o álcool. Nem toda “droga” é psicoativa, e nem todas as “drogas” psicoativas são ilegais. O álcool e o tabaco também devem ser alvos de políticas públicas de atenção e cuidado em saúde.

Em decorrência do discurso proibicionista consolidado no século XX, o debate sobre o tema tornou-se um tabu, efeito deletério desse discurso. Com Foucault (2012, p.8) aprendemos que os discursos ensinam “poderes e perigos”. Um discurso comporta em si uma arena de lutas, ferimentos, servidões, vitórias e derrotas que embutem a “vontade de verdade” com potencial de impor restrições e coerções criando sistemas de dominação, quando hegemônicos. Um discurso configura-se como sistema de exclusão; das exclusões, evidenciamos a que incide na palavra - o interdito-, o que o autor chamou de “o tabu da palavra” ou, em outros termos, “a palavra proibida.” (FOUCAULT, 2012, p.18) Ao longo de todo século XX o debate sobre drogas situou-se na balança entre uma “palavra proibida” e um objeto tabu.

A possibilidade de retomar o debate sobre esse tema já é *per se* a demonstração de que há avanços se processando no âmbito dos discursos e na compreensão sobre direitos. É anacrônica a clássica simbiose semântica donde se confundia o ato de falar sobre drogas com a apologia ao uso. Como disse Arendt (1989), nem é a história, nem a natureza, é a humanidade quem traça seus rumos e estabelece o que quer como direito.

O uso de psicoativos tem registros milenares, contudo observa-se que a partir da Idade Média estas substâncias estiveram capturadas por diferentes paradigmas que compartilham entre si três elementos: 1) a ideia de que as drogas correspondem a um mal a ser banido; 2) restrição da liberdade de uso de algumas drogas, sobretudo quando o uso ocorre com finalidade recreativa; 3) adoção de medidas ‘cautelares’ coincidentes com práticas de higienismo. Todas as tentativas de higienismo são “cruzadas morais” produtoras de um mal infinitamente superior ao mal que se almejava combater. Há três diferentes enquadramentos constituídos e consolidados em diferentes momentos da história os quais comungam esses elementos e fazem da proibição do uso de drogas uma verdadeira *doutrina moral*. São os seguintes: a) o discurso religioso-dogmático, que enquadra o uso de drogas na categoria de *pecado*; b) o discurso médico, que enquadra o uso de drogas na categoria de *doença*; c) o discurso jurídico, que enquadra o uso de drogas na categoria de *crime*.

Em que pese o fato do uso de drogas ser milenar, a Idade Média cristã gerou um fato novo. Segundo Escotado (1998, p.166), é sabido “[...] que no sólo como enteógenos sino en todos sus usos las drogas psicoactivas distintas del alcohol - e incluso este - son radicalmente aborrecibles para un culto como el Cristiano ortodoxo [...]” As vivências de euforia por uso de drogas passam a ser concebidas como “pecado”, moeda de duas faces donde figura na outra face a marca da “culpa” cristã. Assim, “[...] solo cierto tipo de euforia - la pura o legítima - puede considerarse digna, mientras cualquier otro modo de procurarse satisfacción incurre en pecado[...]” (ESCOHOTADO, 1998, p.170) Desde o triunfo da orientação paulina (ESCOHOTADO, 1998, p.175) atravessando toda a Idade Média vê-se uma “cruzada” contra as drogas.

Se na Idade Média o uso de drogas era um “pecado”, nos séculos XVIII e XIX o uso do álcool recebe o status de “doença” psiquiátrica. Em 1889 Benjamin Rush - precursor da psiquiatria americana - torna pública sua tese de que o uso disfuncional do álcool é um “transtorno da vontade”, uma categoria de doença. Ainda nesse século Thomaz Trotter também considera a embriaguez como doença. O uso de drogas alcança novo significado; trata-se do binômio droga-doença. Para Carneiro (2002, p.3) “a doença do vício será uma construção do século XIX.” O que era um “pecado” tornou-se também uma “doença”. O que legitimou “cruzadas” religiosas medievais passou a legitimar “cruzadas” médica e psiquiátrica.

Por fim, o século XIX vê surgir um novo enquadramento, a proibição de algumas drogas e, conseqüentemente, a criminalização do uso. Havia experiências pontuais de proibição, mas nada que consolidasse acordos e tratados internacionais. A continuidade do século XIX e a virada para o século XX estreitou a relação entre os discursos médico-sanitário e jurídico-repressivo em âmbito nacional e internacional.

Enfatizamos o fato de que a compreensão sobre as drogas psicoativas sofreu dupla influência do discurso médico e do discurso jurídico, hora como um problema médico/psiquiátrico-legal, hora com um problema jurídico-sanitário. O que há de comum em todos esses momentos é que o manejo da questão foi feito a partir de uma

“economia coercitiva”: contra o pecado, o “sacrifício da carne”; contra a doença, o tratamento compulsório; contra o crime, a pena.

Foucault (2010) alerta para a aproximação entre a psiquiatria e o poder judiciário. Daí pode surgir um nefasto efeito onde o poder punitivo é legitimado pela ação de um discurso sobre o outro. Temas que tocam simultaneamente fenômenos psiquiátricos e jurídicos não possuem demarcação clara, embora se espere a nítida dicotomia. Tal relação carece de precisão sobre a “causalidade patológica e a liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, entre medicina e penalidade, entre hospital e prisão.” (FOUCAULT, 2010, p.27)

No caso da questão das drogas é evidente a impotência desses dois discursos. A classificação do uso de drogas psicoativas como uma doença inequívoca é passiva de duplo erro. Em primeiro lugar, como afirma Hart (2014, p.22), “[...] o fato de alguém fazer uso de drogas, ainda que regularmente, não significa que seja ‘viciado’. Não significa sequer que essa pessoa tenha um problema com as drogas[...];” a hipótese do “reforço dopaminérgico” como causa do “descontrole” do usuário sobre seu comportamento tem sido desmontada desde as pesquisas de Bruce Alexander na década de 1970 (com o *Rat Park*) até os estudos recentes de Hart (2000) que equivocam o senso de que usuários de drogas “pesadas” sucumbem à ânsia de usá-las. Em segundo lugar, Canguilhem (2009, p.73) provoca torções no canônico conceito de doença ao afirmar que “[...] a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida.” O autor nos dá a pista de que a doença não é uma condição *a priori*, ou seja, “[...] a doença surge quando o organismo é modificado de tal modo que chega a reações catastróficas no meio que lhe é próprio [...]” Portanto, o estado de doença é uma condição *a posteriori*, ou seja, decorrente de determinadas modificações orgânicas. No que diz respeito à questão das drogas, pode-se deduzir que a doença pode ser uma consequência do uso, e não o uso em si, visto que nem todo uso gera consequências ou modificações orgânicas irrecuperáveis.

Na medida em que algumas drogas foram arbitrariamente tornadas ilícitas, pautadas pelo direito contemporâneo como ato crimi-

noso, tem-se um grave e constante vilipêndio aos chamados direitos fundamentais tais como a liberdade, a autonomia de vontade e ao direito de personalidade que contempla o gozo ao corpo próprio. A primeira geração dos direitos fundamentais, inspirada no liberalismo de John Stuart Mill, defendeu a soberania do indivíduo sobre si mesmo, sobre seu corpo e espírito. O autor advoga que

[...] o indivíduo não pode legitimamente ser compelido a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, porque tal seja melhor para ele, porque tal o faça mais feliz, porque na opinião dos outros tais sejam sábios ou retos. Essas são boas razões para o admoestar, para com ele discutir, para o persuadir, para o aconselhar, mas não para o coagir, ou para lhe infligir um mal caso aja de outra forma. **Para justificar a coação ou a penalidade**, faz-se mister que a conduta de que se quer desviá-lo tenha em mira **causar dano a outrem**[...]. (MILL, 1991, p.53 - grifo nosso)

Na crítica ao proibicionismo é lugar comum a tese de que não se pode criminalizar uma conduta que não produz danos a bens jurídicos de terceiros. (PRADO 2013; GOMES, CUNHA, 2009) Para Karam (2013, p.169), “[...] essa proibição globalmente imposta trouxe uma ilegítima intromissão do Estado na liberdade individual e uma desastrosa intervenção do sistema penal sobre o mercado produtor e distribuidor[...]”. A política sobre drogas que penaliza e/ou criminaliza gera uma aberração aos direitos fundamentais e, por conseguinte, aos Direitos Humanos por atentar contra as liberdades individuais, a autonomia e o direito à propriedade sobre o corpo. Há desdobramentos mais perniciosos, tais como: a) a desconsideração da subjetividade da pessoa que usa drogas desloca o foco para a substância e sua composição química; b) a inesgotável querela sobre qual é a competência jurídica e psiquiátrica só conseguiu produzir respostas inadequadas como o encarceramento ou a hospitalização; c) o enquadramento criminal do usuário acaba por limitar e tolher uma série de direitos de segunda geração, tais como: o direito à saúde, à educação, ao trabalho. Duplo golpe aos Direitos Humanos. É precisamente aqui que os fundamentos dos Direitos Humanos devem ser retomados. O “direito a ter direitos”, como quis Arendt

(1989), como valor inalienável; a dignidade do homem como valor inviolável, como notado por Comparato (1997).

O cenário aponta novos rumos da política sobre drogas. Há esforços do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (UNODC) para a construção de alternativas às sanções penais. Trata-se de “[...] um modelo de referência que sai do sistema de justiça penal para o sistema de tratamento e que seja mais eficaz do que o tratamento compulsório [...]” (UNODC, 2009, p.1)

Duas questões caracterizam essa propositura: primeiramente, tem-se o “tratamento de drogas como uma alternativa às sanções penais – uma abordagem de saúde pública, apoiada pelas convenções de controle de drogas”; em segundo lugar, há a defesa de uma política sobre drogas que não vilipendia direitos fundamentais, “violações de direitos humanos acarretadas em nome de um ‘tratamento’ não são compatíveis com esta abordagem.” (UNODC, 2009, p.1) De acordo com o referido texto há de se considerar a humanização em saúde em função dos quais “o tratamento será disponibilizado de forma humanizada e de acordo com os princípios padrões de ética do cuidado em saúde, tais como o respeito à **autonomia e a dignidade** do indivíduo.” (UNODC, 2009, p.6, grifo nosso) Com isso, verifica-se o deslocamento de um modelo centrado em práticas coercitivas para um modelo centrado no tratamento em saúde considerando que a oferta terapêutica deve estar fundamentada em evidências científicas.

■ **Formação em saúde sobre drogas e direitos humanos: A que será que se destina?**

Historicamente a formação em saúde no Brasil configurou-se como modelo centrado nos saberes biomédicos e nas práticas disciplinares. Privilegiou “[...] uma educação de caráter instrumental e re-cortada (...) passou a determinar conteúdos e uma forma de disponibilizá-los. Os conteúdos cristalizados em disciplinas fragmentadas... [...]” (CARVALHO; CECCIM, 2006, p.142) Segundo esses autores, a formação em saúde organizou-se como uma espécie de “colcha de retalhos” que tentava alinhar a concepção de corpo desconectada da noção de “alma” e mesmo uma noção de saúde forjada somente

pelas ciências naturais. Rossoni & Lampert (2004, p.89) afirmam que “a formação em saúde reproduziu uma visão centrada nas técnicas biomédicas e a ênfase nos procedimentos”. Essa pedagogia gerou consequências.

De acordo com Campos (2000, p.226) “[...] na saúde pública tradicional o sanitarista foi um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária.” Oliveira (2013, p.103) também critica o viés hegemônico afirmando que “sob essa perspectiva sanitarista, os profissionais de saúde com seus saberes especializados destituem o sujeito de um saber próprio sobre o seu corpo e sua doença.” Essa visão é compartilhada por outros autores, a exemplo de Amâncio Filho (2004, p.377), quando considera que, mesmo havendo esforços em sentido contrário, a formação em saúde permanece centrada na doença a partir do paradigma biologicista, individualizante e uma concepção sobre saúde que se pode denominar de anátomo-clínica.

O estreitamento da relação entre medicina e Estado ou entre a saúde pública e o Estado consagrou um novo modo de exercício de poder, o que Foucault (2013) chamou de “biopoder.” Uma relação desde os primórdios tomada por dilemas éticos. Alinhada às exigências do Estado, as práticas médicas passaram a corresponder a exigências de esquadrinamento social e higienismo. O biopoder, paralelo ao poder disciplinar, imbuído da presunção de manutenção da vida, é uma tática de “governo da vida”.

Nas análises sobre a “genealogia” do biopoder cabe pontuar duas questões: a relação entre a medicina e as práticas de higienismo, e o hospital como instituição disciplinar. Quanto à primeira questão Foucault (1999, p. 291) menciona “[...] uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de ordenação dos tratamentos médicos, de normalização do saber, de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população [...].” O biopoder é o poder sobre a vida e sobre a morte, “[...] um poder de causar a vida ou devolver a morte [...].” (FOUCAULT, 2013, p.150) O poder centrado no corpo-espécie, “[...]intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população. As disciplinas do corpo e as regulações da população [...].” (FOUCAULT, 2013,

p.152) Com efeito, verifica-se o duplo acontecimento nas práticas de cuidado orientadas pela clínica moderna: o confisco do “cuidado de si” e a docilização dos corpos. Há consequências éticas para o cuidado em saúde. O discurso biomédico marcado pelo biopoder não reconhece a legitimidade do “cuidado de si”, muito menos de uma pessoa que faz uso de drogas. Tem-se o ideal do hospital como instituição disciplinar e como instrumento para a docilização dos corpos.

A formação sobre drogas para profissionais da saúde apresenta grandes desafios. Um dos desafios decorre de uma tradição marcada pelo discurso biomédico que enfatiza a doença e anula o sujeito, que cristaliza os mecanismos de biopoder. O outro grande desafio é estrutural. Várias pesquisas apontam a fragilidade do tema na formação dos profissionais da saúde. Cruz e Silva Filho (2005) consideram que na formação de médicos o modelo vigente é insuficiente e gerador de dificuldade para o cuidado dos usuários de drogas. Constatação corroborada por Pratta e Santos (2009, p.209) quando afirmam “[...] que os profissionais que lidam com essa questão hoje não possuem uma formação particular sobre o tema, uma vez que os cursos de graduação, muitas vezes, não apresentam opções nesse sentido [...].” O estudo de Lopes e Luiz (2005, p.872) traz dados que “evidenciaram a existência de fragilidade nos conhecimentos teóricos específicos (álcool e drogas) obtidos pelos estudantes, bem como a manutenção de atitudes e crenças não tão positivas em relação ao usuário.”

Além dos dilemas ético e estrutural para a formação sobre drogas, o diálogo com a temática dos Direitos Humanos agrega um desafio de outra magnitude. Caldeira (1991) e Cardia (1994) observam que a percepção comum sobre Direitos Humanos no Brasil constitui-se do equívoco donde os Direitos Humanos são entendidos como “direito dos bandidos” ou para bandidos, revelando uma compreensão alijada dos reais fundamentos filosóficos do tema. Há ainda um conjunto de problematizações sobre as possibilidades do sistema de Direitos Humanos serem efetivamente reguladores das relações sociais a da vida. Žižek (2010), em tom ácido, desconfia da potência dos Direitos Humanos como freio para as iniquidades e

para o excesso de Estado; por outro lado, Giacoia Junior (2008) tece análises críticas sobre os Direitos Humanos numa era dominada pelo biopoder, avaliando que há possibilidades de aproximação, mas há também um sem fim de distanciamentos, sobretudo ao aludir os diferentes *homo sacer*, figura retórica que é replicada em versões contemporâneas.

Uma avaliação dos Códigos de Ética de algumas das profissões da saúde mostra que esses documentos (na verdade, códigos deontológicos) trazem os princípios dos Direitos Humanos como premissa para orientação da prática. No Código da medicina (capítulo IV), da enfermagem (preâmbulo e princípios fundamentais), da psicologia (apresentação e princípios fundamentais), para citar algumas profissões. Contudo, mesmo que os Códigos façam referência ao tema, há necessidade de que o tema seja formalizado nos currículos acadêmicos.

O Programa Nacional de Direitos Humanos (PNEDH-3) apresenta algumas metas para a educação no tema Direitos Humanos. O “eixo orientador V” aponta que a educação e a cultura em Direitos Humanos “visam à formação de nova mentalidade coletiva para o exercício da solidariedade, do respeito às diversidades e da tolerância.” (BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010, p.185) Para alcançar os objetivos,

[...] essa concepção se traduz em propostas de mudanças curriculares, incluindo a educação transversal e permanente nos temas ligados aos Direitos Humanos [...]. As metas previstas visam a incluir os Direitos Humanos, por meio de diferentes modalidades como disciplinas, linhas de pesquisa, áreas de concentração, transversalização incluída nos projetos acadêmicos dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação, bem como em programas e projetos de extensão. (BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010, p.185)

O documento apresenta como objetivos estratégicos a transdisciplinaridade e transversalidade do tema Direitos Humanos nas atividades acadêmicas. Dentre as ações programáticas está o desenvolvimento e a promoção de articulações que viabilizem a implemen-

tação do PNEDH. Criado pela “Comissão Nacional de Educação em Direitos Humanos”, o plano tem um capítulo exclusivo destinado à formação universitária. O documento assegura que, desde a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, as instituições brasileiras de ensino superior, especialmente as de natureza pública,

[...] em seu papel de instituições sociais irradiadoras de conhecimentos e práticas novas, assumiram o compromisso com a formação crítica, a criação de um pensamento autônomo, a descoberta do novo e a mudança histórica[...]. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2007, p.37)

A formação para o cuidado aos usuários de drogas deve considerar que, por um lado, não se deve tolerar ou mesmo compatibilizar qualquer violação aos Direitos Humanos, por outro lado, deve-se potencializar a autonomia, a liberdade de escolhas, as liberdades individuais, a dignidade, etc. Essa combinação pode ser compreendida no seguinte axioma:

- 1) Ninguém deve ser forçado a agir contra a própria vontade quando a ação autônoma não produz consequências a outrem;
1. a) garantia das liberdades individuais naquilo que concerne ao uso de drogas;
- 2) Ninguém terá anulado o direito de receber tratamento (s) de forma digna e cidadã.
2. a) garantia do acesso aos direitos sociais, dentre os quais: acesso à saúde, educação, proteção social, etc.

Na convergência entre uma política estatal sobre drogas e a garantia dos Direitos Humanos, Alves e Lima (2013, p.10) afirmam que o Estado deve atuar “mediante a regulamentação de estratégias específicas e de instrumentos normativos que respeitem o direito individual, sendo igualmente capazes de promover o direito à saúde.” O direito de escolha (1ª geração) não pode implicar na retirada dos direitos sociais (2ª geração). A propósito, é consenso entre filósofos

e juristas que esses direitos são indivisíveis, interdependentes e indissociáveis. Como disse Kinoshita (2013, p.29), “[...]a saúde é um direito humano indispensável para o exercício dos outros direitos. Não é possível ter outros direitos se você não tiver saúde, ou seja, é fundamental que as pessoas estejam gozando de bem-estar para poder gozar de outros direitos[...]”. O usufruto da liberdade de escolha e de ação do usuário de drogas não o torna menos possuidor do direito à saúde, ao contrário, o direito aos demais direitos deve começar justamente pelo direito à saúde como condição *sine qua non*.

Aqui cabe exemplificar brevemente a necessária interpretação da Lei 10.2016/2001, e a saga da internação compulsória dos usuários de drogas, ainda amplamente solicitada por operadores do direito, e fortemente manipulada pelas forças políticas profissionais e sociais anacrônicas. A Justiça não pode obrigar ninguém a se tratar contra sua vontade - só no caso de medida de segurança. Não é papel da Justiça decidir se alguém deve ou não ser internado. No direito brasileiro, havendo recomendação médica detalhada e documentada, uma pessoa pode ser internada e mantida internada, mesmo contra sua vontade para se tratar sem necessidade de determinação judicial e independentemente de interdição. (FRASSETO, s/d) E enfatiza:

[...] Não há lei vigente que defira ao juiz o poder de mandar internar alguém para tratamento, nem o art. 1777 do Código Civil, nem os decretos federais 24.559/1934 e 891/38, nem art. 101, VI e 129, IV do ECA, nem o art. 45, IV do Estatuto do Idoso. As únicas exceções estão no âmbito da medida de segurança aplicada a adulto autor de crime (arts. 96 e 94 do CP e art. 47 da Lei 11343/06). Mesmo nesses casos o melhor entendimento é que haja também recomendação de internação, e que ela não derivaria diretamente da gravidade do crime [...]. (FRASSETO, s/d, p.2)

Assim, posto que a Justiça não pode obrigar ninguém a submeter-se à avaliação médica contra sua vontade ou mesmo internamento compulsório, há de se considerar o ‘direito de recusa’. Ainda conforme Frasseto (s/d), no Direito Brasileiro, não há situação em que, havendo recomendação médica detalhada e documentada, seja

sempre necessária autorização ou determinação judicial para que a internação seja concretizada. Nem se a pessoa opuser resistência à internação. Nem se houver necessidade de violação de domicílio. Nem se a pessoa for criança ou adolescente com ou sem responsável legal. Nem se a pessoa for adulta e não dispuser de familiar que peça sua internação.

Para que alguém seja internado sem seu consentimento não há necessidade de que seja declarado incapaz de se reger para os atos da vida civil por meio de decisão judicial (interditado). Não há relação entre a necessidade de internação involuntária e interdição. Não compete à Justiça impor tratamento à pessoa, ela só deve ser acionada para garantir o tratamento quando necessário e isso, contrariando o senso comum, não é internação compulsória, mas simples tutela do direito à saúde. (FRASSETO, s/d) É o Poder Público, e não a pessoa que se quer internar, que figura no polo passivo: a) se a internação não foi prescrita, para ordenar ao médico que vá avaliar o sujeito resistente ao tratamento no local onde esteja; b) se a internação foi prescrita por médico, mas não há vaga na rede pública – obrigando o Estado a ofertar o atendimento recomendado; c) se há prescrição médica, se há vaga disponível, mas não há serviço para fazer a remoção do paciente até o local onde dever ficar internado – obrigando o Estado a disponibilizar serviço de transporte de doentes.

Donde se conclui que não é cabível a internação involuntária nem compulsória, em caso algum, considerando o art. 14 Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) - proibição de detenção justificada pela existência de uma deficiência - e o art.15 do Código Civil, sendo inconstitucional a internação involuntária sem observância do devido processo legal e que “os inconvenientes sociais e relacionais” decorrente do uso de drogas não justificam que o juiz imponha a internação sem laudo médico (cabe ao médico avaliar se os inconvenientes justificam do ponto de vista clínico, a internação), posto que: (FRASSETO, s/d, p.8)

- a) não é solução para casos em que usuário é violento com familiares. Cabe o afastamento da residência comum.

- b)** se está praticando crimes, a questão é policial,
- c)** se produz conflito e angústia na família é obrigação dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) intervir,
- d)** se é criança ou adolescente ameaçado de morte pelo envolvimento com drogas, deve-se acionar o *Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte* (PPCAAM).

Aqui reafirmamos que, considerando-se a autonomia da vontade do sujeito, a natureza dos Direitos Humanos coaduna com o que inspira a perspectiva da Redução de Danos quando esta busca alinhar as relações entre o cidadão e o Estado. A Redução de Danos reconhece o sujeito como provido do direito de fazer escolhas pessoais, fortalecendo o respeito à sua dignidade, e visa garantir o direito a usufruir de um nível de saúde considerado como direito em si, conquistado ao longo de um processo histórico, político e social que marca as práticas em saúde pela perspectiva dos Direitos Humanos. (ALVES; LIMA, 2013)

A ética do cuidado em saúde instiga o trabalhador dessa área a posicionar suas práxis num prisma onde o cuidado está “além do bem e do mal”, contemplando as premissas do cuidado de Heidegger e de respeito à alteridade de Levinas. Não é uma questão deontológica apenas, é uma questão ética. Para além de ensinamentos técnico-assistenciais, o diálogo com os Direitos Humanos deve inspirar fundamentos ético-políticos. O cuidado como categoria abstrata deve ser inflexível e universal, respeitando-se o direito de escolha, o qual contempla também o direito de recusa. O “cuidado”, não como substantivo enquanto função sintática, mas como adjetivo que qualifica um gesto no encontro com o outro, para a legitimação da alteridade e da autonomia. Um gesto que não se basta na moral da “metafísica dos costumes”. Um gesto que não se fertiliza no reino inferior do julgamento do bem e do mal. A formação sobre drogas, a que será que se destina? Ao cuidado como direito humano – inegável e inflexível - “para além do bem e do mal”. Assim, a colheita de “sentenças nos terrenos mais espinhosos” (NIETZSCHE, 2007, p. 55) será resgatada como possibilidade, demasiadamente humana.

■ **Formação dos profissionais de saúde sobre drogas e Direitos Humanos: apontamentos para a desconstrução do mais do mesmo**

O cuidado na área do uso e abuso de drogas é diverso e dinâmico, passa por questões subjetivas, que merecem atenção, e ações objetivas. A partir dessa compreensão, a formação em saúde para a área deve considerar o cenário ético, social, político, cultural, econômico e a forma como a política nacional lida com o consumo de álcool e outras drogas.

A formação acadêmica na área da saúde no Brasil apresenta lacunas identificadas nas análises dos currículos em relação ao tema, estudos apontam que os profissionais egressos de universidades, em alguns casos, sequer têm contato com o tema em que pese o diálogo com o SUS, a matriz curricular dos cursos de graduação em saúde, em sua grande maioria, enfatiza apenas a tecnologia procedimental.

Nesse espaço onde se quer produzir saúde, circulam os sujeitos, atores e protagonistas do processo saúde-doença-cuidado que demandam dos egressos da formação universitária conhecimento especializado e coletivo com vistas a minimizar danos, promover saúde e prevenir agravos operando a partir de modos de vida da população a que se destina.

O trabalho e a formação em saúde, mesmo ao considerar necessárias a interdisciplinaridade e a transversalidade, ainda não superaram a centralidade das questões disciplinares e/ou tecnológicas. Profissionais de saúde são formados sob a perspectiva idealista de “salvar vidas” que os transformam, de um lado, em “pseudossalvadores” ou, de outro, em reprodutores de técnicas e de métodos de biopoder onde se verifica controle dos corpos, o domínio sobre o ‘outro’ bem como todo um arsenal de conhecimento e regras higienistas, até mesmo nos mais discretos aconselhamentos passivos. Destacamos a importância de uma formação onde o pensamento crítico e problematizador dos contextos éticos e sociopolíticos esteja permanentemente presente e que os futuros profissionais sejam convidados a pensar nos limites em relação ao direito do outro sobre suas ações na busca pela manutenção e restabelecimento do que se convencionou ser saúde-cuidado enquanto um conceito atravessado

pelos componentes subjetivos e sociais construídos historicamente, com uma reflexão clara como nos propõe Humberto Maturana (2001, p.27) “o que eu faço do que faço?”.

Como cuidar de pessoas em uso abusivo ou problemático de drogas, acolhendo, compreendendo-a em seu contexto de vida, sem julgar, estigmatizar e/ou excluir? Como oferecer um tratamento com base em evidências científicas produzidas para o homogêneo, diante da heterogeneidade de uma clínica complexa do uso de drogas? O que fazer diante da diversidade de pessoas advindas de vários contextos de exclusão e vulnerabilidades? Por vezes isso conflita com o que é ofertado propedêuticamente quando se alega o mesmo direito – o direito à vida - que não pode anular a liberdade de escolhas, a autonomia e a decisão do modo de viver e estar no mundo.

Onde a transdisciplinaridade se faz necessária, observa-se que conteúdos sobre uso de drogas não são disponibilizados no percurso da formação em saúde, da mesma forma que o tema Direitos Humanos não o é. O fato do uso e abuso de substâncias ilícitas ser tratado como um problema do campo do direito de certa forma autoriza o campo da saúde a não se implicar com as questões relacionadas aos Direitos Humanos, mesmo sendo um tema recorrente.

Vale ressaltar que muitos profissionais ainda desconhecem o fato de que a proposta humanista de cuidado para Redução de Danos (RD) foi incorporada a política do Ministério de Saúde em 2011. No imaginário de muitos profissionais a RD ainda é considerada estratégia facilitadora do uso de drogas, principalmente as ilícitas, além disso, veem-se práticas de cuidado centradas nas intervenções individuais num contexto que solicita ações coletivas humanizadoras. Uma proposta de tratamento-cuidado para usuários problemáticos de drogas que inclui os sujeitos apenas na condição de “doentes” e tem a abstinência como condição de acesso aos serviços é terrivelmente uma estratégia mantenedora de estigma e exclusão.

Observa-se que a convergência do debate entre Direitos Humanos e uso de drogas ainda não encontra lastro significativo nas universidades brasileiras, salvo em eventos pontuais, temáticos ou focados em especialidades, o que nos autoriza a afirmar que existe

uma insuficiência de formação sobre essa questão no percurso acadêmico das profissões que compõem a área da saúde. Há muito que se avançar para transformar essa realidade, a começar pela mudança de concepção do humano, do cuidado e dos Direitos Humanos.

Em que pesem boas experiências de cuidado já em curso em alguns serviços públicos de saúde, em âmbito macroscópico há fragilidades, fragmentações e inadequações. O profissional não sensibilizado para a garantia dos direitos do usuário de drogas sustenta sua conduta desconsiderando o usuário de drogas como sujeito de suas ações, detentor de direitos fundamentais, autonomia e cidadania.

A promoção em saúde, a prevenção a agravos, o tratamento e a reinserção psicossocial na área perpassa pela questão dos Direitos Humanos, em especial o tratamento, dado que é nessa dimensão do cuidado que se observa o maior número de casos de violação dos direitos. A salvaguarda dos preceitos da autonomia e liberdade de escolhas dos usuários de drogas é fruto da compreensão qualificada sobre Direitos Humanos, realidade pouco comum entre profissionais de saúde. É insustentável a crença de que se pode “salvar o usuário de drogas de si mesmo” tomando-lhe o direito à propriedade do autogoverno. Transbordam respostas inadequadas ao que demandam os familiares desgastados pelos problemas ocasionados pelo uso de drogas e também excluídos das práticas de cuidado. Sobra a crença na “internação” como solução mágica para esses problemas. Além de não aliviar a tensão, as infinitas entradas no circuito da hospitalização têm produzido o efeito iatrogênico da exclusão. Em nome da proteção e do cuidado, tem-se produzido muitas outras formas de sofrimento.

Espera-se que os profissionais de saúde se tornem aptos para lidar com usuários de drogas guiados pela preservação dos Direitos Humanos, diminuindo as barreiras que dificultam a realização de intervenções junto aos usuários de álcool e outras drogas que, por vezes, ainda são vistos como sujeitos desprovidos de direitos. (NIELSEN et al., 2006)

Lima Júnior et al. (2015, p.174) analisam o cenário brasileiro atual e refletem sobre a necessidade de uma “agenda da formação em saúde na área de álcool e outras drogas.” Os autores apontam

o *know-how* da “educação permanente em saúde” (EPS) como caminho possível e necessário para a formação em saúde sobre o tema das drogas. E essa abertura deve permitir o diálogo com os Direitos Humanos. Os autores (LIMA JÚNIOR et al., 2015) apresentam dados de que o Governo Federal ofertou entre 2010 e 2014 cerca de 480.000 vagas em cursos presenciais e a distância (EaD). Além da formação EaD, a clássica modalidade presencial também recebe especial atenção do Estado brasileiro considerando a necessidade de solucionar esse nó crítico da formação na área do cuidado em saúde. Destacam-se aí os Centros Regionais de Referência (CRR’s) em Educação Permanente em Políticas Sobre Drogas criados em 2010 com o objetivo de garantir a oferta de educação permanente para profissionais que já atuam na atenção integral em saúde, na assistência social e no judiciário, com a missão de instrumentalizar profissionais para o atendimento às demandas imediatas, estruturação, ampliação e fortalecimento da rede de serviços de atenção à saúde e da rede de assistência social para o usuário de crack e outras drogas e seus familiares.

Há de se pensar a rede de atenção integral enquanto espaço de produção de cuidados para diferentes demandas (adolescentes, moradores de rua, soropositivo ao HIV, usuários de drogas injetáveis, gestantes usuárias de drogas, etc.) com diferentes pontos de acesso e possibilidades de articulação de forma contínua. Um verdadeiro fazer inventivo diante dos diversos cenários e demandas apresentadas. Prioridade no sujeito, e não no caso; no modo de vida, e não no diagnóstico; nas possibilidades e perspectivas de vida, e não no prognóstico.

Retornamos ao ponto de partida. Se o uso de drogas implica considerar um sujeito que demanda ações cotidianas, diversificadas, subjetivas-objetivas, portanto, complexas, é preciso reconstruir a cultura acadêmica para que as instituições formadoras considerem e oportunizem experiências e discussões críticas, contextualizadas, embasadas em parâmetros éticos para um cuidado inclusivo, sem julgamento, que conduza os futuros profissionais a repensarem o processo de cuidado ao usuário de drogas sob a perspectiva dos Direitos Humanos.

■ Reflexões e provocações finais

Objetivamos discutir aqui, a partir da ética do cuidado, da autonomia no cuidado de si e dos outros, a problematização e desafios das formações dos profissionais na área de drogas sob a perspectiva inclusiva e dos Direitos Humanos. A complexidade e integralidade dos temas requerem revisão permanente e transversalização de saberes e práticas, conforme ditam as diretrizes da política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O cuidado e a atenção aos usuários de droga no Brasil ainda estão marcados por práticas fragmentadas, permeadas por visões reducionistas, moralistas, de cunho proibicionista. A atenção em saúde traz a forte marca do modelo médico-psiquiátrico. As visões moralistas vigentes associam o usuário de drogas à criminalidade e a comportamentos antissociais. Daí decorrem práticas de cuidado fundamentadas num ideal de exclusão do usuário do convívio social, que frequentemente culpabilizam o sujeito e negam qualquer relação com os determinantes sociais onde o uso problemático ocorre. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DAPE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, 2005)

No escopo da Reforma Psiquiátrica brasileira há várias possibilidades constituídas na perspectiva psicossocial que visa à ampliação das estratégias de cuidado baseadas em pressupostos humanísticos, inclusivos e não julgadores, na tentativa de superar o modelo forjado pelo binômio saber biomédico e biopoder. A RD como abordagem psicossocial segue o respeito e valorização dos usuários enquanto sujeito de direitos, considera a necessidade de ações no território e de ações em rede.

Há a necessidade de redimensionar a formação dos profissionais da saúde atravessando-a pelo debate sobre os Direitos Humanos para que se possa superar os estigmas e a negação vilipendiosa de direitos das pessoas que usam drogas. Apostamos aqui na superação da formação tecnicista-reducionista e verticalizada por meio de uma formação sensível ao *know-how* das melhores experiências internacionais que apontam para uma agenda garantista dos Direitos Humanos dos usuários de drogas.

Entendemos que o cuidado integral em saúde será obtido por uma rede de serviços atenta às diferentes necessidades das diferentes pessoas e suas singularidades. Uma rede integrada e intersetorial consoante com a Lei Federal 10.216/2011, com as diretrizes do SUS e do Sistema Único de Assistência Social articuladas com várias áreas do saber - sociologia, educação, direito, etc.- modelando o cuidado pelos pressupostos da RD, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) incluindo desde a prevenção até o cuidado nas ruas. Trata-se de um *porvir*, pois, o caráter fragmentado da gestão do SUS é um obstáculo para alce da integralidade e transversalidade.

Os resultados do projeto da Reforma Sanitária ainda não foram totalmente alcançados ou, eventualmente, há ações em desacordo com as necessidades sociais, demográficas ou epidemiológicas. (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS DE SAÚDE, 2015) Cabe-nos, atores comprometidos com as abordagens práticas de cuidado humanizado, o desafio da construção de redes críticas e criativas para garantir e ampliar as conquistas asseguradas nas Reformas Sanitária e Psiquiátrica no cenário brasileiro.

Construir “redes de pertencimentos” nas universidades para a ampliação dos recursos teórico-metodológicos e políticos baseados em uma visão epistemológica de homem como tendo “direito a ter direitos”; disseminar o saber crítico e problematizador; reformular os currículos universitários com a inclusão de fundamentos da humanização e da ética do cuidado; intensificar o debate sobre clínica ampliada comprometida com gestão compartilhada de projetos terapêuticos e com a horizontalização das práticas de cuidado; formar profissionais capazes de compreensão crítica e dialógica com a realidade nacional e local; fomentar a educação permanente atravessada pela Redução de Danos; desencadear ações redutoras de vulnerabilidade pautadas na preservação dos direitos fundamentais também dos usuários de álcool e outras drogas. Tarefa hercúlea, mas não impossível!

Referências

ALVES, V.S.; LIMA, I.M.S.O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.13, n.3, p.9-32, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241>>. Acesso em: 16 set 2015.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, mar. 2004, p.375-380.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. Belo Horizonte: Geração Editorial, 2013. 256p.

ARENDT, H. **Origens do totalitarismo**: antissemitismo imperialismo, totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

AYRES, J.R.de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, n.3, set. 2004, p.16-29.

BICALHO, P. P. G. **Subjetividade e abordagem policial**: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BOBBIO, N. **Crise de la democracia**. Barcelona: Ariel, 1985.

BOCK, A.M.B.; GONÇALVES, M.G.; FURTADO, O. **Psicologia sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: Conass, 2015, p.127.

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Justiça. **Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, UNESCO, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DAPE. Secretaria de Atenção à saúde mental. Coordenação Geral de Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2010.

CALDEIRA, T.P.R. Direitos humanos ou “privilégios de bandidos”?: desventuras da democratização brasileira. **Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, v.1, n.30, jul. 1991, p.162-174.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.5, p.219-230, dez. 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CARDIA, N. Percepção dos direitos humanos: ausência de cidadania e a exclusão moral. In: SPINK, M.J.(Org.). **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez, 1994.

CARNEIRO, H. **A fabricação do vício**. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre psicoativos. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf>. Acesso em: 24 out 2015.

CARVALHO, Y.M. de; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo. Hucitec, 2006.

COMPARATO, F.K. **Fundamentos dos direitos humanos**. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. 1997. Disponível em, http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/comparatodireitoshumanos.pdf/at_download/file>. Acesso em: 03 junho de 2014.

CRUZ, M.S.; SILVA FILHO, J.F. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habitus de cuidado. **J. Bras. Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.2, n.54, abr, 2005, p.120-126.

ESCOHOTADO, A. **História general de las drogas**. Madrid: Alianza Editoria, 1998.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes. 1999.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes. 2010.

_____. **A ordem do discurso**. 22.ed. São Paulo: Loyola, 2012.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

Frasseto, F.A. **Internação por abuso de drogas e Justiça**: alguns pontos essenciais. s/d. Disponível em:<<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/Flavio%20Frasseto%20%20palestra%20sobre%20tratamento%20para%20pessoas%20com%20uso%20problem%C3%A1tico%20de%20drogas.pdf>> Acesso em:04 mar 2016.

GIACOIA JUNIOR, O. Sobre direitos humanos na era da bio-política. **Kriterion**, Belo Horizonte, n. 118, dez. 2008.

GOMES, L.F.; CUNHA, R.S.(Org.). **Legislação criminal especial**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009. (Coleção Ciências Criminais, v.6).

HART, C. **Um preço muito alto**: a jornada do neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HART, C. et al. Alternative reinforcers differentially modify cocaine self administration by humans. **Behavioural Pharmacology**, v.11, n.1, Feb. 2000.

Heidegger, M. **Ser e tempo**.3.ed. Petrópolis: Vozes, 2008. Parte I e II.

KARAM, M.L. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013.

KINOSHITA, R.T.; SILVA, R.; SILVEIRA, D.X. Política atual de álcool e outras drogas perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013. Cap.3, p.53-83.

LEVINAS, E. **O humanismo do outro homem**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA JUNIOR, J.M.et al. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T.M.et al. (Org.). **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro –Brasil: atitudes e crenças. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., out. 2005.

MAESTRI, M. **Demandas higienistas no século XX: aspectos histórico-educacionais.** 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá. Curso de Educação Física, Maringá, 2000.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana.** Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

MILL, J.S. **Sobre a liberdade.** (Coleção Clássicos do Pensamento Político) 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

MORIN, E. **A religião dos saberes: o desafio do século XXI.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

NIELSEN, P. et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.24, n.1, p. 5-15, 2006.

NIETZSCHE, F. **Humano, demasiado humano.** 2.ed. São Paulo: Escala, 2007. (Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal, 42).

OLIVEIRA, M.C. História, fundamentos e proteção dos direitos humanos. In: ANDRADE, A.G. et al. (Coord.). **Integração de Competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015.

OLIVEIRA, M.V. População de rua e consumo de drogas: Vulnerabilidades associadas. In: Conselho Federal de Psicologia. **Drogas, direitos humanos e laço social.** Brasília: CFP, 2013.

PRADO, D.N. **Crítica ao controle penal das drogas ilícitas.** Salvador: Editora JusPODIVIM, 2013.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Brasília, v 2, nº 25, p. 203-211, Jan. 2009.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde.** Porto Alegre, v. 18, nº 1, p. 88-98, 2004.

UNODC. **Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição.** Viena: Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2009.

ŽIŽEK, S. Contra os direitos humanos. **Mediações**, Londrina, v.15, n. 1, p.11-29, jan./jun. 2010.

OS DESAFIOS DO SETOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA A FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS

*Andréa Leite Ribeiro Valério
Wanderson Flor do Nascimento*

Introdução

O presente texto caracteriza-se como um estudo bibliográfico e documental que apresenta reflexões que englobam a assistência social no Brasil, cuidado a pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência do uso nocivo de drogas e a bioética. Tem como objetivo analisar alguns dos desafios da política de assistência social na formação dos trabalhadores para o trato as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, baseada nos direitos humanos.

As considerações e reflexões aqui expressas partem de estudos sobre a política de Assistência Social do Brasil, especialmente os aspectos relacionados aos serviços, programas e benefícios ofertados de forma integrada e em rede para pessoas que necessitam da garantia dos seus direitos de cidadão, em decorrência do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Como referências centrais estão bibliografias nacionais e internacionais sobre a questão social no Brasil, bioética, direitos humanos e prevenção do uso prejudicial de drogas. Além dos textos teóricos, foi realizado estudo da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, nº 8742/93 e alteração/2011, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004, a Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social – NOB/SUAS/2005 (alteração/ 2012), a NOB/RH/SUAS/2006, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais do SUAS/2009 e as Orientações Técnicas sobre cada Serviço do SUAS.

Para auxiliar a compreensão da perspectiva utilizada ao longo do texto, identificou-se como necessário situar o leitor quanto à repercussão da colonialidade nas questões sociais no Brasil, bem como em que medida tais aspectos refletem no uso/abuso de drogas, para então formular possibilidades para a formação profissional numa perspectiva bioética de promoção e proteção dos direitos humanos dos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade e que necessitam da ação do estado, através dos serviços e programas de assistência social.

Ao falar da colonialidade, buscar-se-á interpretar nossa herança histórica para uma melhor compreensão do presente, que favorece a tomada de decisão frente ao cuidado ao vulnerados sociais e os alcances dos esforços pela promoção e proteção dos direitos humanos no que diz respeito a quem faz uso nocivo de drogas.

Historicamente a assistência social se deu por benemerência, ajuda, meritocracia, dentre outras maneiras, sendo desenvolvida por pessoas que agiam em nome da caridade e do fazer “o bem”, com pouco ou nenhum embasamento teórico que permitisse uma atuação na perspectiva de diminuição e eliminação das desigualdades e injustiças sociais, compreendendo o direito de todos os cidadãos a um conjunto de mínimos sociais. A perspectiva da justiça

social e dos direitos humanos não era central. Muitas vezes o discurso em torno do nascimento da assistência social no Brasil se vincula aos projetos desenvolvimentistas em vigência em nosso continente, o que finda por estabelecer uma “tônica” sobre os modos como esta área social de atuação se estrutura e se consolida em nosso país. (ANDRADE, 2008) A partir dessa observação histórica, tem-se elementos para compreender de que maneiras as políticas brasileiras de assistência social se moldam.

Os profissionais que atuam nas estratégias da Política Nacional de Assistência Social na atualidade são convocados a trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial. Nesse contexto, a compreensão dos fenômenos sociais que implicam os diversos usos de drogas é fundamental para uma intervenção que garanta os direitos humanos e não produza mais segregação, exposição e discriminação dos que necessitam dos serviços e programas sociais.

Assim, é imperativo que a formação dos profissionais que atuem na política de assistência social modifique o modo de aplicar a política para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas, passando da mera lógica da assistência para uma atuação numa perspectiva bioética de constituição de um sujeito de direitos. Tais profissionais precisam ser formados para trabalhar na perspectiva inversa a da higienização social e da repressão.

Nesse sentido, trata-se de romper com a associação direta entre uso de drogas, pobreza e violência e refletir o que a história de constituição do Brasil nos deixa de herança para que as questões sociais, dentre elas as reveladas pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas, sejam tratadas e que os vulneráveis não sejam duplamente penalizados, quer seja pela injustiça e dinâmicas de hierarquização sociais, quer seja pela incompreensão e má formação daqueles que devem promover a sua proteção.

Espera-se que esse texto possa contribuir com aqueles que pretendem e/ou atuam no campo dos direitos humanos, assistência social, álcool e outras drogas, para diminuir o abismo que cerca os usuários de drogas que estão em situação de vulnerabilidade dos seus direitos enquanto cidadãos.

■ Colonialidade

Falar de colonialidade é pensar a história do mundo moderno. Entende-se por colonialidade o padrão de poder que surge exatamente no momento em que o mundo passa a se modernizar, trabalhando com noções gerais que passam a classificar as populações de modo hierárquico, em torno de eixos binários e opostos, basicamente organizados em função de posições de superioridade e inferioridade. O par bárbaro/ civilizado talvez seja o primeiro a expressar esse tipo de mentalidade que orienta a modernidade. Quando os povos que mais tarde seriam conhecidos como europeus chegam ao continente que depois será conhecido como “América”, classificam os povos aqui viventes como incivilizados, como bárbaros e o padrão que os colonizadores utilizam para julgar a barbárie dos povos originários de nosso continente é exatamente aquilo que os caracteriza como povos superiores, isto é, civilizados. (QUIJANO, 1992) Ou seja, a partir da identificação da diferença cultural, social e histórica dos povos que habitavam nosso continente, os colonizadores criam um padrão classificatório hierárquico que funciona como marcador das populações. A hierarquia opressiva é a marca desse padrão. Por isso é possível identificar a colonialidade como padrão de poder que surge com a colonização – mas não termina com ela – e se caracteriza por classificar as populações em termos de superioridade e inferioridade.

Esta superioridade passa por várias instâncias da existência social: a classificação das características que são tidas como raciais, e pensa-se, assim, em raças, como construtos políticos, que identificam populações superiores e outras inferiores; a classificação da autoridade coletiva, julgando o Estado – tais como o conheceram hoje -, que surge também apenas no mundo moderno, como a forma mais adequada de organizar o governo dos povos, em detrimento das outras formas históricas de organização, tendo assim uma organização da autoridade superior e outras inferiores; a classificação do modo de construção do conhecimento produzido pelos europeus como universal e fundamentalmente válido, ao passo que as outras formas eram entendidas como primitivas e não desenvolvidas (originando aquilo que se convencionou chamar de *eurocentrismo*); a

classificação das formas de trabalho como desenvolvidas, na medida em que buscavam a acumulação e, portanto, o fortalecimento do nascente capitalismo em contraposição às outras maneiras de organizar o trabalho (como as trocas, a servidão etc.). (QUIJANO, 2006)

Este modo de pensar o mundo social através de classificações hierárquicas opressivas findou por criar um modo de lidar com toda a vida social através desses marcadores, que na prática – e nem sempre no discurso – escalonam grupos, populações determinando que algumas gerenciem o acesso a bens e direitos e que outras estejam sobre esse gerenciamento, sem protagonismo e, muitas vezes, sem os benefícios que tais bens e direitos possam proporcionar. As relações sociais de exploração, que antes da construção do mundo moderno poderiam ser pensadas em termos de grupos específicos sobre outros, passam agora a ser efetuadas de populações sobre outras, das mais desenvolvidas, mais civilizadas, mais *modernas* sobre as outras, mais atrasadas, mais bárbaras ou incivilizadas, mais arcaicas, obsoletas, antiquadas. Este padrão de poder permite que as populações entendidas como superiores controlem as ações e também as normas que dirigem a vida das populações tidas como inferiores. (FLOR DO NASCIMENTO, 2012) É neste contexto que vemos aparecer aquilo que chamamos de *colonialidade da vida*, como sendo o processo de valorar a experiência vital das pessoas, julgando que algumas sejam mais importantes que outras, justificando a exploração e o domínio das vidas consideradas menos importantes para que, com isso, se sustente o discurso de dominar essas vidas para desenvolvê-las, educá-las, modernizá-las, adequá-las a padrões estabelecidos pelo conjunto populacional entendido como superior. E, aqui, a “tutela sobre a vida menos desenvolvida é vista, nesse cenário, como obrigação política, moral, vital.” (FLOR DO NASCIMENTO, 2012, p.165)

Como a experiência do uso nocivo de drogas, que aparece como um problema social e de saúde pública, é também uma característica do mundo moderno, podemos observar que os modos coloniais de lidar com esse fenômeno se fazem presentes. Para além do caráter nocivo de alguns modos de uso de álcool e outras drogas, vemos uma forte estigmatização daqueles que fazem uso prejudicial

– em especial aqueles vivendo em situação de rua – e a classificação desta como um grupamento que realizam práticas que podem ser similarizadas com a barbárie, o atraso, a incivilização que havia sido atribuída a populações originárias de nosso continente. E isso autoriza que, muitas vezes, o Estado e outras instituições que chamam para si a tarefa de lidar com esse fenômeno tratem essas populações de modo inferiorizado, restringindo o acesso a direitos, com a justificativa de desenvolver esses grupos, de “educá-los”, de “curá-los”. Aqui vemos, com nitidez, a atuação da colonialidade da vida no enfrentamento aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. E exatamente por termos uma atuação da colonialidade da vida em relação ao fenômeno da experiência social do uso abusivo de álcool e outras drogas, que se faz necessária uma abordagem bioética desta questão. A bioética, em suas perspectivas críticas, ajuda a compreender as nuances do problema e a procurar alternativas que estejam conectadas com as dimensões morais dos direitos humanos para o enfrentamento da problemática.

■ **Questão social, pobreza e as pessoas que usam drogas: Enganos e controvérsias?**

É comum encontrarmos explicações simplificadas para o uso prejudicial de drogas e a situação de miséria que muitas pessoas que fazem esse tipo de consumo vivem. Por vezes, existe a culpabilização individual, sem contextualizar a condição de vida dessas pessoas e, em outras, esse público é tomado como a causa de todas as mazelas dos grandes centros urbanos, como a mendicância, a violência urbana etc. Se por um lado, por motivos diversos, existe um sujeito que decide fazer uso de alguma substância, por outro, as condições de vida pregressa dessas pessoas, em grande maioria, já era marcada pela violência e condição de pobreza e violação de direitos, que já coloca este indivíduo em uma situação de subalternização, inferiorização frente ao restante, “abstêmio”, da sociedade. Dessa forma, faz-se necessário contextualizar, a nova questão social, a qual é revelada pela extrema desigualdade, injustiça social que salta aos olhos através do desemprego, empobrecimento, vivência nas ruas, uso e abuso de drogas, dentre outros. Tal compreensão é

mais um elemento que favorece que os direitos humanos das pessoas que usam drogas sejam assegurados numa perspectiva de justiça social.

O nascimento da questão social pode ser compreendido, de maneira sintética, quanto ao fenômeno de empobrecimento da classe trabalhadora, no início do século XIX. Se instala no bojo das lutas de classe, pelo reconhecimento dos direitos sociais e das políticas públicas durante a expansão do capitalismo, tendo fundamentalmente dois elementos centrais: o trabalho e o capital, que formam esquemas de enfrentamento da subalternização colonial que atravessa a lógica capitalista de gerenciar a ação laboral humana.

O processo de industrialização e posteriormente a globalização, acentuou de forma significativa as desigualdades econômicas e sociais, com impacto devastador para aqueles que não colhem os frutos dos avanços industriais e nem da própria globalização.

A autora Iamamoto nos permite refletir que a questão social promove e acentua as desigualdades atingindo diretamente a vida das pessoas “no embate pelo respeito aos direitos civis, políticos e sociais.” (IAMAMOTO, 2013, p.331) Assim, as formações para os que atuam na assistência social necessitam compreender que as relações sociais típicas do sistema social capitalista estão estreitamente ligadas à questão social, especialmente no Brasil. A subordinação trabalhista - que hierarquiza as populações em torno de uma bipartição entre quem usufrui dos benefícios mais importantes da produção do trabalho e quem produz tendo sua força laboral em grande usurpada – é um dos eixos do poder colonial na atualidade. É fundamental notar que o enfrentamento à questão social capitalista é uma abordagem que não pode prescindir da perspectiva descolonial.

As políticas sociais começaram a ser implantadas no fim do século XIX na Europa e Estados Unidos e, a partir de 1930, no Brasil, avançando para a elaboração de um leque de direitos assegurados de forma pretensamente universal e com orientações desenvolvimentistas.

Um importante marco para a história da assistência social no Brasil foi a redemocratização ocorrida no final dos anos 1980, com

a promulgação da Constituição Federal de 1988. É dentro desse processo que a política de assistência social é instituída no Brasil, a partir dos art. 203 e 204 da Constituição Federal, sendo regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - nº. 8742, de 07/12/93, a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e o Sistema Único da Assistência Social – SUAS. Tais marcos normativos designam à Assistência Social para a garantia dos mínimos sociais.

No ano de 2011, é sancionada a Lei 12.435 que garante a continuidade do SUAS, organizando as ações em dois tipos de proteção social. 1) Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. 2) Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos. Essa é a primeira vez que a questão da droga entra na discussão desse sistema.

A Política Nacional de Assistência Social e suas normativas com base na Constituição Federal de 1988 permitiram que ao longo das últimas décadas, que a atuação dos trabalhadores da Assistência Social, passassem por um processo de transformação. Trata-se de um processo de mudança da lógica meritocrática, assistencialista, cunhada pela benemerência, filantropia, caridade, desenvolvimentista/ colonial para um profissionalismo na garantia dos direitos humanos, a proteção social à família, à infância, à adolescência, dentre outros. As intervenções passam a ser nas e para as situações de vulnerabilidade, risco social e violações de direitos.

O SUAS é público, gratuito, destinado a quem dele necessitar e agrega uma rede de proteção social de famílias e indivíduos, considerando as situações de vulnerabilidades e risco para cada ciclo de vida. Dentre essas vulnerabilidades, figura as famílias e usuários de drogas.

O Sistema atende de forme territorial, sendo organizado em dois níveis de proteção: (1) Proteção Social Básica (PSB) é destinado a famílias em situação de vulnerabilidade, com a oferta dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e dos Serviços referen-

ciados (Brasil, 2012) . É nesse nível do SUAS que estão os benefícios sociais como o bolsa família e está destinado àqueles que estão em situação de vulnerabilidade. (2) A Proteção Social Especial (PSE) atende a usuários com diversos perfis, dentre eles os usuários de drogas, sendo disponibilizados através dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), nas Unidades Especializadas para População em Situação de Rua - Centro POP e nos Centros-dia de Referência para Pessoas com Deficiência. Ainda é dividido em Média e Alta Complexidade⁹. Na atualidade, diferente do que foi indicado no passado, a pessoa em sofrimento em decorrência do uso prejudicial de drogas, deve ser atendido em todos os níveis de proteção social do Sistema único de Assistência Social, sempre na perspectiva da proteção, justiça social e direitos humanos. No entanto, a mais importante pesquisa realizada no Brasil, pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, quanto ao delineamento do perfil dos usuários de drogas, apontou que apenas 12,6% dos usuários entrevistados responderam ter acessado algum serviço da rede de assistência social, sendo eles especificamente CRAS, CREAS, abrigo ou casa de passagem, nos últimos 30 dias anteriores a pesquisa (Bastos; Bertoni, 2014).

Tal achado nos faz refletir quanto ao fato da assistência social ser um direito social assegurado na Constituição e do quanto a sua efetivação depende diretamente da institucionalização de um sistema de poder. Este poder deve funcionar nas brechas da colonialidade, pois não pode supor hierarquização entre os sujeitos assistidos e o serviço que assiste. Numa perspectiva que preserve os direitos humanos dos usuários de drogas, todas as pessoas devem ter acesso aos serviços do SUAS, do Sistema Único de Saúde - SUS e as demais políticas existentes, garantido que não haja estigmatização e inferiorização do seu atendimento perante aos demais independentemente de sua posição socioeconômica.

⁹ Para obter informações detalhadas sobre a organização do sistema de proteção social, consultar as Orientações Técnicas Atendimento no SUAS às Famílias e aos Indivíduos em Situação de Vulnerabilidade e Risco Pessoal e Social por Violação de Direitos Associada ao Consumo de Álcool e outras Drogas. Disponível em https://craspsicologia.files.wordpress.com/2016/05/suas_trabathosocial_vulnerabilidade_consumodedrogas.pdf

Não é demais reforçar que as ações de atenção e reinserção social da pessoa que faz uso prejudicial de drogas deve ter como princípio primeiro a preservação da sua autonomia, numa perspectiva de direitos humanos, independente da sua condição econômica e social e da substância que a pessoa faça uso. E nesse ponto vale inserir a defesa de alguns profissionais, pela internação compulsória ou involuntária. Tal prática vem se revelando como uma séria violação dos direitos humanos dos que usam drogas, vitimando de forma mais brutal aqueles que aparecem nos noticiários da televisão, sendo esses considerados o mal da sociedade, causando pânico social e uma visão estigmatizante dessa população. Nesse sentido, atende a essas características, em especial, os que estão vivendo a dupla vulnerabilidade do uso de drogas e da vivência de rua.

[...] cabe indagar em que medida o pânico social criado em torno do crack contribuiu para o encarceramento e morte de centenas de milhares de jovens brasileiros pobres, em sua maioria negros, nos últimos anos no Brasil. O mesmo movimento possivelmente justificou a defesa das internações involuntárias como primeira opção de tratamento, ao tempo em que ainda embala o descaso com a efetividade desses tratamentos e, principalmente, com o respeito aos direitos humanos desses pacientes. (SOUZA, 2016, p.14)

Apesar de ter aparato jurídico, a internação compulsória dos usuários de drogas em sua grande maioria é utilizada em nome da proteção e inserção social do usuário, porém, efetivamente, é mais uma violação dos seus direitos, da sua autonomia, não sendo capaz de tratar a raiz da questão que está em jogo nesses casos. Esse tipo de internação pode ainda, potencializar os processos que criam vulnerabilidades para os sujeitos desprotegidos e desassistidos em relação a acessos a serviços e direitos garantidos. A internação compulsória, também, explicita uma suposta superioridade técnica, política, moral entre quem decide pelo procedimento e quem é internado, abrindo uma brecha para a atuação da colonialidade da vida.

Para aqueles que já tinham problemas em decorrência das relações rompidas e/ou fragilizadas, que vivem em situação de rua, sem acesso aos equipamentos de saúde e de assistência social e desem-

pregados, o consumo de drogas é apenas mais um dos problemas, porém é o que gera repercussão ainda maior para a sua existência. (Garcia, 2016) Para aqueles que agem em nome do Estado – especialmente profissionais da saúde, assistência social e segurança pública – toda a vulnerabilidade e risco social que já fazia parte do sujeito deixa de existir e a questão primeira a ser tratada pelos profissionais, em geral, passa a ser o consumo da droga (Garcia, 2016). O cidadão deixa de ser filho de alguém, profissional de determinada área etc., para tornar-se, para essas pessoas, um “drogado”, “noiado”, “zumbi”, “craqueiro”. Desse modo, sua condição de cidadão autônomo é retirada e o uso da força física, bem como a violação de direitos passa a ter justificativa. Tais intervenções buscam então livrar a pessoa do mal do uso de drogas. Mas é o mal que a ausência de direitos sociais lhe causou ao longo da vida, como será reparado? Com outra violência? Internação compulsória? Essas são algumas das reflexões necessárias para a formação do profissional.

O engano é não perceber que os pobres e mais vulnerados que foram negligenciados, que sofrem com o preconceito e com a exclusão social não precisam de ações emergenciais e desarticuladas, que mais violam e desprotegem. Pelo contrário, exige que os seus direitos humanos sejam assegurados por meio de medidas não obrigatórias, numa perspectiva de respeito à liberdade e a autonomia desses, numa ação intersetorial e numa articulação com os diversos atores e serviços que compõem a rede. A diminuição das desigualdades e “[...] a superação da pobreza está na inserção ativa dos pobres na lógica do mercado, seja por meio da produção ou do consumo[...]” (IAMAMOTO, 2013, p.339)

Vale trazer nesse ponto, que o relatório, “A década inclusiva (2001-2011). Desigualdade, pobreza e políticas de renda”, (IPEA, 2012) revela que a desigualdade social no Brasil está em processo de queda, mas ainda está entre as 12 mais altas do mundo. Porém, o declive na desigualdade social não tem diminuído as injustiças sociais, especialmente para o pobre, negro e usuário de alguma substância psicoativa, para o qual o aparato estatal, age de todos os tipos de violência: institucional, psicológica/ simbólica e física. Aqui vemos, mais uma vez a atuação da colonialidade da vida: este grupamento

populacional entra em um sistema de classificação que pressupõe e dá continuidade a redes de exclusão, de modo que haveria uma espécie de inferioridade deste grupo frente a outros que justifique sua restrição ao acesso a bens e direitos e a prática deliberada de violência.

Apesar desse texto não se propõe a discutir a questão da dupla vulnerabilidade daqueles que fazem uso de drogas e estão em situação de rua, nesse ponto, vale lançar mão de um exemplo dessa violência. Para que o usuário de drogas e que se encontra em situação de rua ter acesso aos benefícios dos serviços de assistência social, os profissionais determinam que esses estejam sóbrios. Tal *desacolhimento* pode justificar a baixa procura do usuário de drogas aos serviços da rede SUAS, conforme apontou a pesquisa do crack. Ora, se eles buscam ajuda por estarem em condições sociais degradantes, tendo como causa ou solução o uso de drogas, como podem iniciar uma relação institucional em abstinência? A abstinência pode ser algo a ser alcançado, se desejado pelo usuário, ao longo do processo, mas não pode e nem deve ser a única forma de lhes garantir os seus direitos. Para alcançar a abstinência, se assim for a sua vontade, o usuário primeiro precisa ser acolhido e atendido em suas necessidades. Contudo, a realidade revela que as instituições não estão preparadas para lidar com o usuário de drogas e aqueles que atuam nos serviços da PNAS, por vezes, acabam por violentar, segregar e impedir a mudança de paradigma na assistência ao usuário de drogas, numa perspectiva que lhes assegure os seus direitos humanos.

Não é possível esquecer que o conservadorismo, o moralismo e o proibicionismo do uso de drogas também são mais um complicador tanto para que o usuário busque tratamento e assistência, quanto no acolhimento do usuário de drogas nos serviços de saúde e de assistência social. A garantia de liberdade dos usuários pode ser um importante caminho para o combate à desigualdade social e aqui a observância dos direitos humanos é fundamental.

Os profissionais que atuam na assistência social precisam ser formados de forma a serem capazes de reconhecer os conflitos (e os motivos) éticos existentes, com vistas ao atendimento na direção da equidade, igualdade e justiça social. Nesse sentido, é emergente que

os profissionais consigam reconhecer e distinguir as distintas justiças sociais quais sejam: a distributiva, retributiva, procedimental e reparadora.

Tais formas de promoção da justiça, busca a garantia de que cada cidadão tenha acesso a uma justa parte dos recursos públicos existentes, permite uma tomada de decisão justa e que lhe garanta o melhor, bem como a reparação de danos cometidos, o acesso a um justo tratamento e acesso aos benefícios existentes, dentre outras garantias.

No aspecto teórico, as ações do SUAS buscam acolher as demandas dos que dele necessitam, contudo, é possível perceber que o olhar dos profissionais por vezes está direcionado apenas para a questão específica do consumo de drogas, deixando de lançar luz para os riscos e vulnerabilidades aos quais os usuários estão expostos. Os profissionais da PNAS devem atuar prioritariamente na perspectiva da garantia dos direitos humanos, apoiando a inserção social daquele que faz uso prejudicial de drogas e busca ajuda na rede SUAS, oferecendo proteção contra as violações de direito e arbitrariedade, facilitando que esse exerça a sua autonomia de forma digna. É imprescindível notar que a problemática do uso nocivo de drogas, por parte de populações vulnerabilizadas pela exclusão social, é parte de um problema complexo e que o foco específico apenas no consumo dessas substâncias não apenas é ineficaz como pode criar outros espaços de exclusão e vulnerabilização para aqueles a quem o SUAS deveria acolher e buscar garantias de direitos.

■ **Problemas éticos frequentes na atenção ao usuário de drogas: Estudar para não estigmatizar**

Esse trecho buscará abordar de forma sintética alguns equívocos comuns na condução dos incluídos sociais (os profissionais) e os usuários de drogas que vivem em situação de desvantagem social e que necessitam de ajuda do Estado para sair da condição de vulnerável.

Para tal, é fundamental ao leitor atentar-se para o fato de que muitas pessoas já nascem e passam a vida em tal situação, devido a uma educação precária, desnutrição alimentar, existência de enfer-

midades, dentre outros. Para o bioeticista Kottow (2003) esses são os vulnerados sociais e não vulneráveis. Para o autor, todas as pessoas são vulneráveis a algo, porém, alguns grupos populacionais, que nascem com alguma – ou um conjunto de – desvantagem, devem ser denominados enquanto vulnerados sociais. Contudo, ressalta-se que o SUAS expressa claramente quais são os princípios éticos para os seus trabalhadores através da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH/SUAS).

Acredita-se que a *inserção do usuário de drogas no mercado de consumo*, escondida pela busca da inserção socioeconômica deste, pode gerar mais frustrações que resolução da questão econômica, sendo necessário não simplificar as questões que envolvem a vida daqueles que buscam o serviço.

A *intervenção paternalista*, por meio da qual se acredita que o fato de o cidadão ser usuário de drogas (equívoco potencialmente agravado para os que estão em situação de rua) não possui meios para decidir pela sua própria vida, não possibilitando que o usuário exerça a sua cidadania é um equívoco comum nas práticas profissionais.

A *estigmatização* – que é velada e se apresenta no momento em que o cidadão aceita a necessidade de apoio do Estado, busca o serviço da rede assistencial (de saúde, dentre outros) e tem o atendimento diferenciado de forma negativa – afasta os sujeitos da busca por mínimos sociais aos quais têm direito. Não é incomum que o usuário, ao revelar para o profissional de que ele é usuário de drogas, logo receba um documento de encaminhamento para um local de internação ou para outro serviço. Tais profissionais não compreendem que um CRAS ou serviço de acolhimento, deve prioritariamente acolher a demanda para quando o usuário tiver vínculo suficiente, ser encaminhado para outro serviço do SUS, por exemplo. Ocorre que os profissionais dos serviços socioassistenciais não percebem que o usuário de drogas é um cliente que vivencia, no seu cotidiano, situações de reforço de estigma e do preconceito que segregam grupos vulneráveis. Atendimentos que geram mais estigma e preconceito, além de serem antiéticos, geram mais danos, que o próprio uso da droga.

Os profissionais por vezes desconhecem as reais demandas de acolhida dos usuários de drogas que convivem com inúmeras iniquidades que agravam a sua dependência. São pessoas que vivem com outras questões que, por vezes, para elas, são mais significativas que o uso de alguma droga. Porém, ao revelar que faz uso de drogas, a pessoa se vê em um abismo entre o que ele diz ser necessário e o que alguns profissionais acreditam ser necessário para ele, retirando assim a sua *autonomia*.

Um enorme *componente moral e discriminatório* acompanha a trajetória de vida dos vulnerados usuários de drogas. Tal problema pode ser iniciado no ato em que o profissional faz a associação direta entre o vulnerável usuário de drogas e a violência, pobre e morador de rua, sendo as consequências negativas do uso, um castigo de Deus, sendo necessário refletir sobre tais posturas.

Dificultar o acesso ao *acolhimento digno* e ao tratamento diante da sua necessidade é um dilema para os profissionais da assistência que por vezes compreendem que para ser acolhido para um banho, por exemplo, a pessoa precisa estar em abstinência. Não é incomum o vulnerável pelo consumo da droga buscar um serviço da rede socioassistencial para tomar um banho, dormir e acordar melhor apresentável para uma entrevista para uma vaga de trabalho e, no atendimento com o profissional do serviço, revelar que faz uso de alguma substância. Tal revelação pode ser impedimento para que ele tenha acesso ao serviço, por entender que primeiro ele precisa fazer o tratamento para o uso de drogas, ficar em abstinência para posteriormente ser acolhido. O quem vem primeiro: a questão social trazida pelo usuário ou o uso de drogas? O tratamento em serviço da rede de saúde não é imperativo e nem facultativo para o atendimento no SUAS. Ele deve ser avaliado pelo profissional que acolheu, escutou e entendeu a demanda do usuário.

A *negação do acesso* ao serviço socioassistencial também é revelada na exigência hostil da apresentação de um documento para ter acesso aos benefícios. Documento esse que o próprio serviço deve auxiliar ao usuário na obtenção. Ou numa escuta desqualificada que não permite compreender a real necessidade do usuário.

Por vezes, o usuário chega a um serviço da rede e ao informar que é usuário de alguma substância, logo é realizado o *encaminhamento* deste para um serviço do SUS. Contudo, tal intervenção é um “passar a bola” sem uma articulação em rede, que pressupõe maturiamento de casos. Ao simplificar o problema, não reconhecendo a complexidade do fenômeno que envolve o sujeito que faz uso de álcool e outras drogas, perde-se o foco, o objetivo e a possibilidade de uma intervenção eficiente e eficaz.

Qualificação deficitária dos profissionais e a rotatividade desses nos serviços é um dos grandes motivadores para que haja um atendimento socioassistencial insatisfatório para as necessidades dos usuários. Os profissionais precisam estar munidos de informações ampliadas para realizar um diagnóstico assertivo, reconhecendo que, apesar de todos os seres humanos serem iguais, eles possuem necessidades distintas e singulares.

Em um acolhimento inadequado ou desatento, o Estado perde a oportunidade de diminuir a injustiça social e a discriminação que pessoas que possuem capacidades diferentes necessitam, além de manter a baixa adesão ao SUAS. E mais, um mal acolhimento, contribui para o acirramento das vulnerabilidades sociais desses sujeitos que procuram o serviço.

Estes casos apontam, ainda, para um exercício de poder colonial entre profissionais da assistência e usuários, pois são aqueles que decidem *se e como* estes acessam o serviço, estabelecendo uma nítida hierarquização política entre os dois “polos” do atendimento, reverberando, ainda, uma das facetas da colonialidade da vida que consiste em formar, valorativamente, imagens sobre as vidas que estão em uma relação específica. Uma crítica bioética que seja atenta aos direitos humanos se faz necessária neste cenário, uma vez que a perspectiva estigmatizada do profissional se atrita com a necessidade do usuário em utilizar alguma dimensão do serviço.

Atentando aos aspectos acima mencionados, acredita-se que os profissionais poderão desempenhar suas atividades junto aos usuários de drogas (não somente a eles) de forma a não responder a demandas de forma pontual, emergencial, sem clareza e objetividade quanto ao que deseja alcançar. A intervenção sempre deve ter como

princípio o respeito ao cidadão, o alcance desejado da igualdade e justiça social.

■ Para finalizar

Para finalizar é necessário considerar que a Política Nacional de Assistência Social no Brasil ainda está em processo de amadurecimento em que demandam diversos ajustes e por consequência, qualificação dos profissionais que atuam na aplicação da Política, através do SUAS.

Contudo a interdisciplinaridade, o status de profissão e uma política específica, não são suficientes para que os profissionais e os serviços estejam preparados para tratar da complexidade da questão que envolve as pessoas que fazem uso problemático de drogas. Dessa forma, para buscar refletir sobre os desafios e possibilidades da formação no campo da assistência social para a área de drogas, esse texto buscou discutir prioritariamente qual questão social estamos discutindo, o que o processo de colonialidade nos deixa de herança, as questões relacionadas às pessoas que fazem uso nocivo de drogas, transversalizando a discussão numa perspectiva bioética de direitos humanos.

É fundamental que os profissionais estejam instrumentalizados para compreender que diversos fatores como vínculos familiares esfacelados ou rompidos, situação de extrema pobreza, morada precária ou situação de vivência na rua, baixa escolaridade, desemprego, dificuldade de acesso a serviços de saúde, educação, social e de justiça, inexistência de documentos pessoais, ameaça de morte para a maioria dos usuários é mais significativo que o uso de alguma substância. O que é causa também é efeito e vice-versa.

Os desafios do setor de assistência social na formação para o acolhimento de usuário de álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos reside fundamentalmente em dar resposta social aos vulneráveis usuários de drogas, respeitando a sua autonomia, liberdade, condição de cidadão, fortemente apoiados pelos direitos humanos, favorecendo assim a inserção social dessas pessoas. Vulnerabilidade não pode ser compreendida como sinônimo de ausência de autonomia, ainda mais se pensarmos que a autonomia não é

um dado da natureza, mas um construto das relações sociais, assim como a vulnerabilidade social.

Espera-se que os leitores que atuam na área da assistência social, consigam identificar potencialidades para a atuação na prevenção e promoção da saúde daqueles que estão com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como que a leitura tenha contribuído para a reflexão quanto ao atendimento àqueles que estão em situação de vulnerabilidade e/ou risco devido à violação de direitos em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Referências

ANDRADE, M.A.R.A. O metodologismo e o desenvolvimentismo no serviço social brasileiro: 1947 a 1961. **Serviço Social & Realidade**, v. 17, n. 1, 2008.

BASTOS, F.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Ict/Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas**: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS. 2.ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012.

FLOR DO NASCIMENTO, W. Diferença, poder e vida: perspectivas descoloniais para a bioética. In: PORTO, D. et al. (Orgs.). **Bioética, poderes e injustiças**: 10 anos depois. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

GARCIA, L. S. L. Apresentação. In SOUZA, J.(Org.) Crack e exclusão social Brasília : Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

IAMAMOTO, M.V. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. **Serviço Social**, Brasília, v. 15, n. 33, p.326-342, dez. 2013.

IPEA. A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda. **Comunicados do IPEA**, Brasília, n. 155, p.1-44, 2012.

KOTTOW, M.H. The vulnerable and the susceptible. **Bioethics**, Santiago, v.17, n.6, 2003, p.460-471.

QUIJANO, A. Colonialidad y modernidad-racionalidad. In: BONILLO, H. (Comp.). **Los conquistados**. Bogotá: Tercer Mundo Ediciones/FLACSO, 1992.

_____. Diversidade étnica. In: SADER, E. et al.(coords.). **Latinoamericana: Enciclopédia contemporânea da América Latina e do Caribe**. Rio de Janeiro/São Paulo: Laboratório de Políticas Públicas/UERJ/Boitempo, 2006.

SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

OS DESAFIOS DO SETOR SEGURANÇA PÚBLICA PARA A FORMAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS BASEADA NOS DIREITOS HUMANOS

*Pedro Paulo Gastalho de Bicalho
Roberta Brasilino Barbosa
Thiago Colmenero Cunha*

Introdução

A ordem social não é caracterizada como a efetiva consolidação das mínimas condições de cidadania para todos, mas como defesa do direito de consumo de alguns. É o que Wacquant (2001) denominou como “a remediação de um ‘mais Estado’ policial e penal a um ‘menos Estado’ econômico e social” (WACQUANT, 2001, p.7), e, ainda completou que tal penalidade neoliberal é ainda mais funesta em países atingidos por fortes desigualdades de condições de vida e desprovidos de tradição democrática. É quando as questões sociais se tornam questões de polícia. Os “inimigos” da ordem são estes que ousam transpor as barreiras do consumo e estão continuamente expostos à violência policial.

Tal violência é inserida numa tradição nacional secular de controle dos indesejáveis pela força, tradição oriunda da escravidão e dos conflitos agrários, que foram fortalecidos por duas décadas durante

a ditadura militar, onde a luta contra a “subversão interna” era disfarçada em repressão aos opositores do regime. (WACQUANT, 2001)

O controle social através do Estado Penal também adota as lógicas da “guerra” e do “inimigo interno” em defesa da ordem estabelecida, que deve ser a ordem do consumo e do mercado. Frente a isso, também apoiados por uma criminologia de cunho positivista, que buscou identificar de forma objetiva e asséptica os que emergem como a figura atual da ameaça. Batista (2005) aponta os entrelaçamentos de lógicas presentes em diferentes períodos da história brasileira e a presença de um discurso criminológico que, a partir de critérios morais, elege determinadas questões como objetos de intervenção em segurança pública:

[...] analisando os processos entre 1968 e 1988, a partir de certa visão sobre drogas introduzidas pela vitória da política norte-americana e pela ideologia da Segurança Nacional, pude perceber as permanências das metáforas biológicas, do social-darwinismo, do determinismo, do olhar moral e periculosista que sobreviveram imunes ao longo do século: são as famílias desestruturadas, as atitudes suspeitas, o meio ambiente pernicioso à sua formação moral e outras pérolas que pontificavam e que alimentaram o gigantesco processo de criminalização da juventude pobre que ali se iniciava, com a consagração da nossa política criminal com derramamento de sangue. (BATISTA, 2005, p.42)

Nestas bases autoritárias é que nossa sociedade busca recuperar sua formação democrática. São práticas que reafirmam preconceitos positivistas de ordenamento social, que tornam alvo de um seletivo aparelho penal apenas aqueles que estão abaixo da potencialidade consumista, ou que não adquiriram reais possibilidades para efetivação da cidadania. O recorte é feito e o olhar da repressão é recrudescido para os crimes que atentam contra o patrimônio e que se referem ao varejo das drogas.

■ **Segurança pública, para um determinado público, por meio de políticas mais privadas do que públicas**

Sob o manto do “flagelo das drogas”, tem-se empreendido em larga escala a criminalização das populações que moram nas favelas, identificadas como o principal foco do tráfico de drogas e difusoras da violência. Identifica-se o comércio varejista das favelas como o principal responsável pela violência nas cidades. (JUSTIÇA GLOBAL, 2008) Assim, mesmo com a atuação de grupos organizados que reivindicavam a reconstituição de uma democracia e a adoção de dispositivos, na Constituição de 1988, que assegurassem o respeito aos direitos humanos e da cidadania a diversos grupos excluídos, foi mantida a atribuição a determinados grupos - e agora não mais aos comunistas como nos tempos de ditadura, mas aos jovens pobres das periferias, alguns trabalhadores do comércio varejista de drogas - características como perigoso, marginal, infrator, como se tais características fossem de sua natureza. (ARANTES, 2004) Tal “natureza” viria justificar a adoção de medidas extremadas de controle social e repressão destes que são entendidos como “classes perigosas” dentro de uma sociedade democrática. Nas palavras de Bicalho (2005, p.15):

Perigosas porque pobres, por desafiarem as políticas de controle social no meio urbano e, deste modo, mobilizam os mais diferentes setores da sociedade, como a família, a escola, o trabalho e a polícia, que indicam e orientam como todos deveriam se comportar, trabalhar, viver e morrer. (...) A modernidade exige cidades limpas, assépticas, onde a miséria – já que não pode mais ser escondida e/ou administrada – deve ser eliminada. Eliminação não por sua superação, mas pelo extermínio daqueles que a expõem incomodando os ‘olhos, ouvidos e narizes’ das classes mais abastadas.

Ao afirmarmos que “o homem é um ser social” ou que o indivíduo vive em sociedade e é por ela influenciado, podemos ser capturados pela tradição da filosofia cartesiana que definiu o sujeito como “coisa pensante” que habita um corpo, estando separado da exterioridade. Como destaca Ferreira Neto (2004, p.113) esta é “uma perspectiva que tem por solo a oposição entre interno e externo, no qual a subjetividade é entendida como interioridade.”

Para problematizarmos intervenções no campo da segurança pública e afirmarmos sua indissociabilidade da promoção dos direitos humanos faz-se necessário conceituar subjetividade não por uma relação causal, em que a mesma seria necessariamente influenciada pela sociedade e, ainda, que a sociedade seria constituída pelo agrupamento de várias subjetividades individuais, mas sim com a concepção que propõe:

A subjetividade entendida como emergência histórica de processos, não determinados pelo social, mas em conexão com processos sociais, culturais, econômicos, tecnológicos, midiáticos, ecológicos, urbanos, que participam de sua constituição e de seu funcionamento [...]. (FERREIRA NETO, 2004, p.114)

A problemática da subjetividade será aqui abordada a partir da concepção de Deleuze e Guattari que tem “como característica distintiva sua indissociabilidade da ideia de produção “como produção de formas de viver, de sentir, de conhecer.” (KASTRUP, 2000, p.20) A produção de subjetividade provém de um campo de forças ou fluxos heterogêneos, sempre em movimento, que se agenciam produzindo sujeitos e objetos em um contínuo processo de produção. Este plano das forças e seus agenciamentos são a expressão do que Deleuze denominou rizoma, que pode ser definido como “um campo coletivo de forças/fluxos dispersos, múltiplos e heterogêneos. [...]Todas as formas existentes e visíveis resultam de um agenciamento destes fluxos heterogêneos.” (KASTRUP, 2000, p.21) Desta forma, pensaremos a subjetividade como processo, em incessante produção por todo corpo social a partir de elementos heterogêneos, e não como estrutura identitária ou interioridade. Assim, tomaremos a temática da insegurança pública como um dos vetores passíveis de se revelar a produção de subjetividades contemporâneas, entendendo que tal produção não se inicia, termina ou mesmo se determina a partir deste ponto.

Guattari e Rolnik (2007) propõem que as forças sociais que administram o capitalismo entenderam que a produção de suje-

tividade talvez seja mais importante que qualquer outro tipo de produção. O capitalismo atual não atua apenas no campo da economia política, mas principalmente no campo da economia subjetiva, pois a ideia de produção de subjetividades está além da circunscrição do alvo da luta à reapropriação dos meios de produção ou dos meios de expressão política. Os autores denominam “produção de subjetividade capitalística”, a produção em larga escala de modos de pensar, sentir e atuar no mundo em escala mundial, são formas de expressão dominantes que produzem sujeitos serializados, normatizados, modelizados de acordo com os padrões dominantes, opondo a estas máquinas produtoras de subjetividade “modos de subjetivação singulares” ou “processos de singularização” que são “uma maneira de recusar todos esses modos de codificação preestabelecidos, recusá-los para construir modos de sensibilidade, modos de criatividades quem produzam uma subjetividade singular.” (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p.22) Entendemos então que nossos sentimentos, pensamentos e comportamentos não são produtos de uma interioridade psíquica e nem existem no mundo em si, eles são fundamentalmente produzidos a partir de práticas historicamente localizáveis, e a tarefa que se impõe neste capítulo é debater algumas das principais características da subjetividade capitalística produzida no campo da criminologia, mais especificamente no nosso contexto brasileiro que questiona a eficácia dos atuais mecanismos de controle social em prover segurança a todos.

A própria insegurança, que parece ser um vetor dominante na economia subjetiva atual, é forjada dentro de um contexto histórico bem determinado. Castel (1995) afirma que as sociedades modernas são construídas sobre o terreno da insegurança, “porque são sociedades de indivíduos que não encontram, nem em si mesmo, nem em seu entorno imediato, a capacidade de assegurar proteção.” (CASTEL, 1995, p.9) O autor pontua que o sentimento de insegurança é produzido através da promoção do indivíduo como centralidade da modernidade, segundo uma expectativa socialmente construída de proteções e as capacidades efetivas desta sociedade em praticá-las.

Em uma análise contundente, o autor buscou estudar os sistemas de proteções que, na história do liberalismo, buscaram com-

pensar as inseguranças que podiam atingir o indivíduo. Aponta que enquanto o Estado assumiu a proteção social aos indivíduos que não tinham condições econômicas, culturais e sociais de se proteger dos imprevistos da vida, ele naturalizava-se como suporte do indivíduo na sociedade. Com o advento do capitalismo globalizado tal proteção social dá lugar à liberdade do mercado e o indivíduo é entregue a sua própria capacidade em se assegurar. (CASTEL, 1995) Além das proteções estatais, aqueles que ainda conseguiam um emprego formal, contavam com redes de apoios coletivos (sindicatos, partidos políticos, leis trabalhistas) que garantiam certa estabilidade frente ao desemprego. Com a precarização das relações trabalhistas, diminuição dos postos de trabalho e o aumento do trabalho informal e da dupla jornada, os trabalhadores perdem as proteções coletivas e se tornam únicos responsáveis pela disputa em um mercado competitivo e flexível, tornam-se individualizados em sua conquista de segurança. Aqueles que antes eram companheiros de trabalho tornam-se seus principais rivais na corrida pelo emprego.

Os efeitos sociopolíticos desta privatização das práticas de segurança produzem o que Castel (1995) denominou “descoletivização do indivíduo”, pois um dos grandes fatores de insegurança é que, cada vez mais, uma massa de indivíduos são “convencidos” que estão “soltos” no mundo capitalista, devendo garantir sua proteção social numa sociedade que nunca garantiu a igualdade dos direitos. Alguns poucos que possuem condições ainda recorrerão a seguros privados que serão múltiplos numa sociedade das incertezas – seguro de casa, de vida, de carro, segurança privada, segurança alimentar, segurança – e que, potencialmente, sobrevivem da própria insegurança que dizem evitar; mas outros serão simplesmente excluídos e entregues a toda sorte de destino. Na conclusão de Castel (1995, p. 65-66):

Existe uma relação estreita entre a explosão dos riscos, a hiperindividualização das práticas e a privatização dos seguros. Se os riscos se multiplicam ao infinito e se o indivíduo está só para enfrentá-los, cabe ao indivíduo privado, privatizado, fazer seu próprio seguro, se ele pode. Por conseguinte, o controle de riscos não é mais um empreendimento coletivo, mas uma estratégia

individual, enquanto que o futuro dos seguros privados é garantido através da multiplicação dos riscos.

A produção da insegurança nas subjetividades contemporâneas é eficaz ao substituir os possíveis atravessamentos sociopolíticos por indivíduos/segmentos da própria sociedade que serão alvo de perseguição e repressão por parte do controle social repressivo. Assim, a partir do vetor da insegurança, podemos destacar algumas das principais características da subjetividade contemporânea no Brasil.

Deste modo, é sempre relevante lembrar os jogos políticos e os processos de subjetividade que se fizeram presentes durante a vigência da Doutrina de Segurança Nacional em nome da “segurança do regime” que não podia tolerar os “antagonismos internos”. Toda e qualquer oposição que pudesse abalar esta segurança deveria ser punida, assim como os “diferentes” eram percebidos como inimigos da pátria e deveriam, por isto, ser evitados, calados, exterminados. Os inimigos do regime, principal alvo da política de segurança, eram principalmente os comunistas, mas também se entendiam às classes populares e todos aqueles que não se enquadravam nos projetos de ascensão social que deveriam ser fortalecidos pelo modelo do “milagre econômico” em detrimento da participação nas decisões políticas do país.

Considerando que nossas práticas são construções, faz-se necessário entender as condições de possibilidade das práticas que materializam as atuais políticas de segurança pública, herdeiras em muitos aspectos da Doutrina de Segurança Nacional.

■ **Polícia: para quem precisa?**

Figura central nas discussões sobre segurança pública, a instituição policial tem ligação direta com o tema do medo na sociedade contemporânea. No Brasil, as polícias estaduais são militares e possuem raízes profundas na construção da nossa história. A Polícia Militar do Rio de Janeiro, a primeira do país, foi criada em 13 de maio de 1809 sob o nome de Divisão Militar da Guarda Real de Polícia da Corte. Seu papel era garantir a ordem e combater o contra-

bando, a fuga de escravos e a prática de capoeira na então capital do império português. (SOARES, 2006)

A eleição da criminalidade como um dos grandes problemas nacionais ocorreu, principalmente, a partir de 1979, com a política de abertura da ditadura militar. Com o processo de transição democrática, a existência dos órgãos de repressão e controle social do Estado não mais se justificava para a ação contra as atividades subversivas. Segundo Dornelles (2003), o deslocamento do inimigo interno para o criminoso comum permitiu que se mantivesse intacta a estrutura de controle social e os investimentos na “luta contra o crime”.

A falta de uma justificativa para a manutenção de todo o sofisticado aparato de repressão, montado nos frios e duros anos da ditadura militar, produziu a necessidade de intensa propaganda sobre o perigo do crescimento do crime. (AGUIAR; BERZINS, 2014; SOARES, 2006) Os meios de comunicação desempenharam e ainda desempenham um papel fundamental ao criar um clima de terror e medo, ao divulgar a ideia de que se vive uma situação incontrolável de violência criminal. Constrói-se, assim, a justificativa para a existência de órgãos repressivos em tempos democráticos, legitimando as ações de intimidação indiscriminada contra a população.

A lógica de guerra da militarização já tem espaço nos territórios urbanos, no armamento ostensivo e na vigilância por toda parte, nas favelas ocupadas por blindados, arames farpados em espiral, nos programas sociais: “Guerra às drogas”, “Guerra contra a pobreza”, “Unidade de Polícia Pacificadora Social”, “Crack, é possível vencer”, mostrando que a concepção de pacificação carrega, como pano de fundo, uma ideia de guerra, moralizada como uma cruzada do bem contra o mal.

Com isso, ganha força a divulgação de estatísticas, dados, imagens e notícias sobre o dito aumento incontrolável da criminalidade urbana, justificando assim a manutenção intacta do aparato repressivo policial-militar e legitimando a ação violenta e pretensamente eficaz como resposta ao crime, como também os incessantes pedidos e solicitações de policiamento nas ruas, nas orlas, nas vias, nos prédios, nas estradas, e, também, nas escolas.

Com uma obsessão contemporânea por segurança, as polícias estão cada vez mais parecidas com os exércitos, em se tratando de suas vestimentas, mas também de sua tática de guerra. O que norteia é a ideia de que o inimigo interno, agora o criminoso comum, está em algum lugar na cidade, independentemente de onde estiver: na escola, na rua, no morro, na praia, nas multidões. Como nos diz Graham (2011), o cidadão encontra tranquilidade em ver o controle urbano feito pelo policiamento ostensivo, por temer o inimigo urbano, o próprio cidadão, o outro.

Como se trata de uma guerra, há um inimigo a ser derrotado, onde a ênfase das políticas públicas passa a ter como foco a repressão às formas de violência urbana, entendidas como toda e qualquer ameaça à rotina. Reflexo disso é perceber que o controle social, da polícia, dos traficantes ou das milícias, está cada vez mais territorializado, demarcado, visível, anunciado: mapas, georreferenciamento, estatísticas, manchas criminais que são produtos e são produzidos nessa conquista do território urbano.

A atual política de segurança pública tem sido apresentada como uma solução alternativa às tradicionais operações policiais, num processo nomeado polícia comunitária ou de proximidade. Alguns autores (NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA, 2009) tratam do tema enfocando que as principais características desse modelo são a relação de reciprocidade entre a polícia e a população; a descentralização do comando por área; e a reorientação da patrulha de modo a engajar a comunidade na prevenção do crime.

Propondo um paradigma prevencionista, o termo foi cuidadosamente escolhido para destacar a contraposição em relação ao modelo anterior, criticado por usar métodos que acabavam incrementando a violência, ao invés de reduzi-la. Essa polícia substitui a ideia da dissuasão dos criminosos através do castigo, da prevenção penal, para uma nova visão de prevenção social.

Ainda perpetuando o lema do Exército Brasileiro “braço forte, mão amiga”, mas agora tentando mudar sua imagem, a filosofia do policiamento comunitário pensa em prevenir para punir, legitimando a atuação das forças de segurança para além do marco da legalidade sob o pretexto da reconquista de territórios, superando

o punir para prevenir, presente na ideologia da defesa social e no direito penal clássico. (BARATTA, 2011) Territórios escolhidos, em sua totalidade, pela relação estabelecida com o tráfico de drogas.

Para que a população “sinta-se” mais segura, produz-se a pressuposição ideológica de que a polícia é um pré-requisito essencial para a ordem social, e que, sem a força policial, o caos vai instalar-se. (SERRA; ZACCONI, 2012) Mais que isso, constrói-se tal sentimento como efeito de um esplendor que a polícia teoricamente provoca, como diz Foucault (2008), por gerar ornamento e forma à cidade, beleza visível da ordem e o brilho de uma força que se manifesta e irradia, controlando populações. Observando a cobertura e a associação da grande mídia, podemos compreender melhor a expressão esplendor, já que se produz verdadeiramente uma aura mágica em torno da Polícia e das suas ações.

No entanto, segundo Nobre (2012), a operação demonstra a fragilidade das intervenções arquitetônicas destinadas a promover a integração entre extremos da cidade. O caráter ostensivo da ocupação da polícia mostra uma correspondência muito maior com as operações identificadas com uma política de segurança violenta e ineficaz que com a renovação que se quer sustentar.

Assim, segundo Serra e Zaccone (2012), trabalha-se tão somente uma gestão policial de reação à atividade delitiva, ficando o aspecto preventivo restrito às demais agências do Estado. Muitas vezes, a falta de políticas sistêmicas preventivas acaba por transformar a atividade policial em afazeres ineficientes.

A emergência de uma política pública de contenção de eventos que supostamente perturbem a ordem, ao passo que naturaliza a demanda e a utilização do controle ostensivo feito pela polícia, atualiza o paradoxo da paz armada. A polícia invade o espaço da cidade sem buscar permutações com ele, com a agressividade de quem desconhece o ambiente, sua riqueza de espaços e suas práticas culturais e sociais.

A mídia aparece nessa rede como um importante agenciamento na produção de discursos de ordem, ao passo em que produz um grande esplendor, uma aura mágica, unificando vozes, silenciando

do as contradições e dissonâncias. Atua como ordenamento social ao passo que possibilita a circulação de discursos de insegurança e medo, por conseguinte a ideia de que a polícia é um fundamental para a sociedade, construindo a sua glorificação. Como tecnologia de governo, a polícia atua como regulação das forças de existência tanto no território quanto na população.

Segurança pública: campo controverso e polissêmico. Portanto, para que não haja silenciamentos e uníssonos na produção de suas intervenções, é necessário refletir sobre a complexidade da área e a importância da transversalidade na construção de projetos públicos e coletivos que sejam capazes de gerar serviços, ações e atividades no sentido de romper a geografia das desigualdades do território eleito como objeto de contenção.

■ Saberes criminológicos: o criminoso ontológico e a ideologia da defesa social

Reabilitação significa restaurar alguém ou algo para que retorne a um estágio anterior constitutivo, como uma casa velha que passa por uma reforma ou uma vítima de infarto que se recupera. Mas, no caso desses indivíduos criminosos, não havia nada antes. Nada, portanto, que possamos reabilitar. Temos de constituir do zero: habilitar. (SAMENOW, 2013, p.23)

Não é uma escolha apenas, é uma série delas. Para quem opta pelo crime como caminho de vida, essas escolhas começam a ser feitas bem cedo, quase sempre. Por exemplo: as pessoas mentem, adultos e crianças. Mas os futuros criminosos não mentem apenas para escapar de situações embaraçosas ou exagerar seus efeitos. Mentem porque obtêm uma sensação de poder com isso. Mentir acaba se tornando uma escolha, e parte do seu comportamento. (SAMENOW, 2013, p.19)

Esses recortes foram retirados de uma mesma entrevista de título bastante atrativo (“Como pensam os criminosos”) publicada no ano de 2013 pela revista *Veja*. Tal periódico, muito acessado por determinada parcela da população brasileira, é conhecido pela grande ressonância de opiniões de um grande grupo de empresas de co-

municação atuante no país, cujo alcance extrapola também para as camadas menos abastadas.

Em opiniões midiáticas produzidas na sociedade brasileira (e veiculadas, inúmeras vezes, por defesas pretensamente científicas) vêm se tornando cada vez mais comum a defesa da tese que está posta na entrevista, cujos trechos transcritos acima são utilizados como disparadores das discussões presentes neste texto. Trata-se de produção discursiva em que se apontam os produtores de ações tipificadamente criminosas como pessoas ontologicamente diferenciadas do restante da população.

Utilizando-se das palavras de Samenow (2013), profissional que concedeu a entrevista que foi publicada pela revista *Veja*, “reabilitação significa restaurar alguém ou algo para que retorne a um estágio anterior constitutivo [...], mas, no caso desses indivíduos criminosos, não havia nada antes.” (SAMENOW, 2013, p.23) Ou seja, segundo o especialista, esses sujeitos não passaram pelos processos constituintes responsáveis por inserir os indivíduos no convívio social. E aquilo que é defendido enquanto comprovante dessa ausência é a prática de crimes. E o crime, em sua concretude ou em sua virtualidade (o “risco” que deve ser prevenido) é objeto de diferentes intervenções em segurança pública.

Segundo Hurstel (1999), subjetivação e socialização são processos imbricados e afetados simultaneamente pelas leis da linguagem, do parentesco e as particularidades históricas e sociais que as ordenam.

Essa *instituição do ser vivo* é feita principalmente por meios jurídicos: ela se caracteriza pela elaboração de “ficções”, ou seja, por um conjunto de regras que determinam quem, e segundo quais procedimentos, é “pai” e quem é “filho”, e situam cada um em seu lugar simbólico (já que normativo) na aliança e na filiação. A função dessas montagens é vital para o sujeito, pois, ao situar cada um em seu lugar desde antes do nascimento, elas instituem a diferença. (HURSTEL, 1999, p.64)

A autora defende que o sujeito não tem autonomia para rechaçar os processos de subjetivação e socialização, haja vista que tais processos, eminentemente simbólicos, antecedem inclusive seu próprio nascimento.

Lacan (1950/1998; 1950/2003) traz outros elementos que ampliam a discussão sobre criminalidade e subjetivação ao afirmar sobre a existência das categorias “criminosos do eu” e “criminosos do isso”. Trata-se, segundo o autor, de tipos distintos de crimes cujas práticas estão relacionadas com diferentes conflitos entre as instâncias psíquicas, eu, isso e supereu. Enquanto os “criminosos do eu” – nos quais não é possível identificar uma anomalia psíquica até que o crime aconteça – caracterizam-se por cometer crimes que demonstram a incapacidade de manter recalçada a pulsão criminosa, para os “criminosos do isso” a prática do crime representa um alívio mental em relação ao opressivo sentimento de culpa experimentado anteriormente a prática do mesmo, sentimento este que remonta a maneira segundo a qual foi vivenciado seu Complexo de Édipo.

Para além dessas argumentações que demonstram o quanto a violência tem uma função no processo de subjetivação, Lacan (1950/2003) introduz uma discussão muito cara às reflexões que aqui se quer propor. O autor ressalta a importância de se pensar crime e criminoso com base numa referência sociológica, uma vez que aquele a quem será atribuído o status de culpável vai variar de sociedade em sociedade.

Baratta (2011) e outros estudiosos da Criminologia Crítica alertam para que sejam colocadas em análise as relações entre as normas em vigor num determinado local, as características que marcam as transgressões a essas normas e os castigos impetrados àqueles que as desobedecem. Esse exercício envolve estabelecer contato com relações de poder-saber em curso responsáveis por produzir certas formas de existência, subjetividades, as quais são identificadas enquanto criminoso. (FOUCAULT, 2008; 2009)

Com base nesse referencial teórico, uma primeira observação a ser feita é que nem os crimes, nem os criminosos podem ser pensados a partir de uma matriz universal e absoluta. Ao contrário do que é afirmado no segundo trecho transcrito da revista *Veja*, e que abre esta parte do texto, não é possível uma análise acerca do indivíduo trans-

gressor que não contemple também e imbricadamente as normas vigentes e as punições a que este indivíduo transgressor está sujeito. Isso, pois, as próprias normativas legais variam de tempos em tempos e de sociedade em sociedade e as forças punitivas nunca terão pleno e indistinto alcance a todos os indivíduos transgressores. (BARATTA, 2011) Portanto, nem crime, nem criminoso é tudo igual. E na explicação dessas práticas e subjetividades criminosas é indispensável analisar as relações de saber-poder vinculadas/produtoras às normas, transgressões e castigos em vigor naquele momento e grupo social.

Baratta (2011) sublinha a presença de uma “ideologia da defesa social” responsável por ditar práticas regidas pela necessária defesa da sociedade frente a um inimigo interno, o criminoso. O autor salienta que a oposição a essa ideologia só é possível ser feita por meio da análise e do desmonte de seus princípios, que permanecem ainda nos dias atuais regendo o Direito Penal. São eles: 1) princípio da legitimidade (aquele por meio do qual o Estado está socialmente autorizado a reprimir a criminalidade, uma exigência legítima do grupo social frente ao desvio individual); 2) princípio do bem e do mal (interpretação do delito enquanto dano e do delinquente enquanto elemento disfuncional do sistema social, portanto o mal); 3) princípio da culpabilidade (mesmo antes de uma sanção ser criada, a violação aos valores e às normas sociais é expressão de uma atitude interior reprovável); 4) princípio da finalidade ou da prevenção (função da pena é prevenir o crime na medida em que funciona como contra motivação ao comportamento criminoso); 5) princípio da igualdade (lei penal e reação penal se aplicam igualmente para todos); e 6) princípio do interesse social e do delito natural (Direito penal defende interesses comuns de todos os cidadãos).

Empreendemos destaque aqui ao papel do princípio da culpabilidade no Direito Penal na atualidade. Toda prática para se configurar como crime deve atender a dois critérios: tipicidade e antijuricidade, ou seja, tem que estar previsto na lei que aquela prática é crime e não existir aí nenhum elemento de exceção, nada que possibilite a exclusão de ilicitude. Exemplo: matar alguém é fato típico, mas nem sempre antijurídico, já que pode ter se dado num contexto de legítima defesa. Além da legítima defesa, o estado de necessidade, o estrito cumprimento do dever legal e o exercício

regular do direito são condições capazes de excluir a antijuridicidade. Os fatos típicos, melhor ainda, toda conduta, é integrada pela vontade do agente, que também será apreciada juridicamente. Tal fato opera uma distinção entre crimes dolosos e culposos; aqueles em que a vontade está dirigida para um determinado fim, e aqueles em que o agente, embora não tenha essa intenção, não tenha essa vontade, erra por não empregar os cuidados que evitariam o resultado. No entanto mesmo quando está configurado crime, ou seja, há tipicidade e antijuridicidade, é possível que o sujeito criminoso não receba a mesma pena que qualquer outro sujeito receberia. Trata-se dos casos dos inimputáveis, como os ‘loucos de todos os gêneros’ e aqueles que com desenvolvimento incompleto. A presença e a importância que a consideração do princípio da culpabilidade tem na aplicação do Direito Penal, demonstradas a partir da ponderação da motivação do sujeito nesses três aspectos relatados (exclusão de ilicitude, qualificação como dolo ou culpa e inimputabilidade), deixa pistas sobre um forte enfoque no sujeito desviante, e não no desvio por ele cometido, ainda hoje presente no campo penal.

Tomando como fundamento a afirmação genérica e elementar para a criminologia crítica “nem crime, nem criminoso é tudo igual” (que embora pareça óbvia é frequentemente desconsiderada até mesmo nos espaços especializados em segurança) – assim como as discussões foucaultianas acerca do processo de subjetivação e sua inter-relação com os mecanismos de saber-poder em vigência num determinado contexto sócio-histórico-cultural – performa-se a seguir uma análise sobre norma-transgressão-castigo a fim de demonstrar como, num crime específico, operacionaliza-se certa produção de “subjetividade-criminoso”. (BARBOSA; BICALHO, 2013)

■ Segurança Pública e Direitos Humanos

Hegemonicamente produzem-se subjetividades normalizadas, articuladas por sistemas hierárquicos, por sistemas de valores e sistemas de submissão, internalizados por uma ideia de subjetividade que precisa “ser preenchida”, oposta a um modo de subjetivação singular, conceituado por Guattari e Rolnik (2007) como “processos de singularização” – que recusaria os modos de manipulação preestabelecidos.

Articular direitos humanos à produção de subjetividade é a afirmação de direitos locais, descontínuos, fragmentários, processuais, em constante construção, produzidos pelo cotidiano de nossas práticas e ações.

Como Foucault, (BACCA; PEY; SÁ, 2003) parte-se de uma arqueologia e genealogia para conhecer os embates – e combates – que ao longo da história marcaram diferentes lutas e processos sociais que pretenderam “emancipar” o humano, seja pela proclamação da superioridade de uma “raça” sobre a outra ou pela instauração de conceitos advindos dos ideais de igualdade. História marcada por contradições, como a dos jovens tenentes da Argélia que, logo após cantarem os versos de *La Marsellaise*, envolveram-se na guerra de libertação nacional da Argélia e usaram práticas de tortura para obter informações dos então guerrilheiros presos. Ou os Estados Unidos, com a história de sua Declaração de Independência e sua política externa baseada no “standard” dos direitos humanos, ao mesmo tempo em que apoia e financia guerras como a do Golfo, do Vietnã ou a do Iraque.

Por onde começar, então, uma história dos direitos humanos? Pela filosofia dos estoicos, na Antiguidade clássica? Pelo Sermão da Montanha descrito no Novo Testamento? Pela Revolução Francesa? Pela Segunda Guerra Mundial e a construção da ideia de uma Organização das Nações Unidas? (Em torno de quem?) Pelas noções inglesas descritas na *Magna Charta Libertatum*, de 1215? Pelas atrocidades cometidas a civilizações incas, maias e astecas na América Latina? Pela Revolução Cubana e os ideais de Che Guevara ou pela Declaração de Virgínia? Nossa aposta é outra. “Por onde começar” torna-se uma falsa questão quando se acredita que a história se dá pelo meio. Ou, seguindo Guimarães Rosa: O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia. Deste modo, aposta-se em uma história das condições que possibilitaram a interferência de forças sociais diversas, em contextos específicos e condições histórico-sociais concretas, que impulsionaram (impulsionam), retardaram (retardam) ou, de algum modo, modificaram (modificam) o desenvolvimento e a efetividade prática dos direitos humanos na sociedade.

O que pretendiam e por quais causas lutavam os franceses quando, em nome dos direitos humanos, construíram sua revolu-

ção? Por que lutar contra um feudalismo cuja estratificação social era fundada no princípio do privilégio do nascimento? O que significava a “morte do Antigo Regime”? Que “habitantes dos burgos” eram esses que, com o domínio econômico advindo do acúmulo de capital nas práticas de comércio – além da usura e da exploração de força de trabalho -, reivindicavam também os domínios político, jurídico e ideológico? O que teria o capitalismo a oferecer a eles? O que teria a ver o Iluminismo, as bases do conhecimento científico e as concepções jusnaturalistas de base racional com a ascensão política desta nova classe social, referenciadas no jusnaturalismo? De que modo o jusnaturalismo, concepção referenciada no paradigma de que a lei é a natureza, produtora de uma ética capaz de governar todos os povos em todas as épocas torna-se paradigma de justiça? De que modo os direitos, assim, são concebidos como inerentes, inatos, naturais da pessoa humana? A quem (e para que) serviam as rupturas que estavam sendo experimentadas no momento? Por que pensar em leis não mais baseadas em uma vontade humana, mas decorrentes de uma natureza social, política e climática? Quais práticas se justificariam a partir deste acontecimento e de que forma tal construção seria utilizada como arma ideológica de combate? Ou, ainda, a concepção de que há uma ordem natural de apropriação de renda na sociedade, regida por leis imutáveis, defenderia a ampla liberdade econômica de que humanos, efetivamente? A quem se dirigia o *laissez-faire*, *laissez-passer* do liberalismo?

A Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, continha o princípio doutrinário de inspiração jus naturalista explicitada nos três primeiros artigos – a condição natural dos indivíduos que precede a formação da sociedade civil, a finalidade da sociedade política (que vem depois do estado de natureza) e o princípio de legitimidade do poder que cabe à Nação. Refere-se, ainda, a quatro “direitos naturais” enunciados no artigo segundo: a liberdade, a propriedade, a segurança e a resistência à opressão, ausentando a igualdade destes direitos “naturais e imprescindíveis”. (TRINDADE, 2002) Deste modo, não foi mencionada a ideia de um sufrágio universal, da igualdade entre os sexos e do repúdio à prática de escravidão. Como nos diz Trindade (2002, p.55): “Tão importantes quanto as ideias que a Declaração contém são as ideias que ela não

contém.” A Assembleia Constituinte de 1791, além de tornar o porte de armas um privilégio burguês - restringindo aos ‘cidadãos ativos’ a participação na Guarda Nacional, também instituiu que “qualquer ajuntamento de artesãos, operários assalariados, autônomos ou jornaleiros seria disperso pela força” (TRINDADE, 2002, p.59). Restamos perguntar, então, a que homens e a que cidadãos eram dirigidos os dezessete artigos da Declaração de 1789. A mesma indagação pode ser feita à Declaração da ONU, de 1948, ou a nossa “Constituição-cidadã”, promulgada 40 anos depois.

Assim, não faz sentido continuar falando de “direitos humanos” de modo genérico, sem pôr em questão de que humanos ou de que direitos – e de que concepção de cidadania – se fala.

Podemos, de modo encarnado, pôr em questão o escravismo e o tráfico negreiro ou a primeira greve de mulheres operárias, em 8 de março de 1857 na cidade de Nova York, em que 129 tecelãs pararam seu trabalho e exigiram redução de carga de trabalho – até então de quatorze horas – em que a polícia cercou e incendiou o prédio, terminando o protesto em tragédia.

Pode-se citar a bomba atômica de Hiroshima e Nagasaki ou a Comuna de Paris, experiência de construção de um poder popular em que mais de 20 mil parisienses morreram combatendo – milhares fuzilados logo após se renderem –, além de 43 mil aprisionados e 13.400 condenados à deportação, à prisão perpétua com trabalhos forçados ou à morte.

Temos ainda os movimentos operários europeus e o 1º de maio de 1886, em Chicago, quando em uma greve que reivindicava oito horas de trabalho diário a polícia matou e feriram operários e explodiu uma bomba sobre grevistas remanescentes em uma praça.

Pode-se falar ainda do holocausto vivido pelos judeus ou do movimento que ficou conhecido como “Stonewall”, de 28 de junho de 1969, data em que se comemora o dia Internacional do Orgulho Gay, quando homossexuais frequentadores do bar Stonewall Inn, em Greenwich Village, revidaram pela primeira vez às habituais agressões e abordagens da polícia. Ou ainda “analísadores locais” (e que não são poucos), como as chacinas da Candelária e Vigário Geral e tantas outras que habitualmente ocorrem nos “redutos pobres” das nossas cidades. Aliás, onde está Amarildo?

As Declarações, Convenções, os Pactos e a própria Constituição Federal não asseguram a efetiva prática dos direitos humanos. Como nos lembra Arantes (2004, p.66):

Não há como assegurar direitos humanos aos povos indígenas, por exemplo, sem lhes garantir a terra. Não existe índio fora da terra. Da mesma forma, não há como garantir o ir e vir das pessoas, portadoras de necessidades especiais, sem construir rampas, passarelas, adaptação de transporte, etc. Fora disso, tudo é apenas retórica. Então, não há como conceder direitos humanos sem a obrigação de garanti-los. Senão, fica meramente no plano retórico, formal, abstrato. (...) Por mais importantes e fundamentais que sejam, não asseguram sobrevivência e dignidade para a maioria da população.

O direito positivo não comporta o direito de errar, o direito de mudar de ideia, porque não comporta a concepção de uma não efetividade da norma. É como se a norma “desse conta” do intolerável, como se um ordenamento jurídico fosse o suficiente para “pôr em ordem” a “desordem”. Ou como diz Baremlitt (2002, p.40):

Entre a letra, a declaração formal de direitos humanos, e a sua efetivação e realização concreta há um considerável espaço ou uma diferença notável. Eu diria que a letra tem um espírito que está longe de ser cumprido.

■ O que há, enfim, para ser feito?

Façamos, como nos sugerem Deleuze e Guattari (1997), nossas máquinas de guerra, que significam aqui a ousadia de colocar em análise algumas produções de subjetividades – umas hegemônicas, outras nem tanto que forjam uma certa fisionomia para o objeto Direitos Humanos. Fisionomias que nos possam alertar para que não nos acostumemos com práticas cotidianas de violações dos mais diferentes direitos, fazendo com que não percamos nossa capacidade de estranhamento e, portanto, de indignação, acreditando na possibilidade de experimentação de ferramentas que afirmem diferentes potências de vida.

Hegemonicamente, por conseguinte, emergem os pilares das políticas públicas brasileiras nesse campo: o proibicionismo e a guerra às drogas. Expressão-marco da política estadunidense no trato com alguns psicoativos, implementada durante o governo de Richard Nixon, em 1971, (RODRIGUES, 2004) a ideologia de guerra às drogas traduz o modo como direitos humanos, segurança pública e políticas de enfrentamento à questão das drogas pode produzir formas de violação de direitos (algumas sutis, outras nem tanto). A partir de Karam, Skoromov e Dias (2013) pode-se afirmar que essa política tomou proporções globais e vem sendo responsável por uma intromissão do Estado na liberdade individual, marcada por violência, morte, prisões e estigmas.

Atualizações sutis dessa lógica beligerante no trato com alguns psicoativos podem ser observadas no cenário nacional brasileiro por meio do Programa *Crack, É Possível Vencer*. Para além das ações que envolvem três eixos, entre eles o da autoridade, o próprio nome do programa faz menção à lógica de guerra. É também porque se acredita que alguns psicoativos são capazes de gerar problemas-em-si que são construídos mecanismos legais de proibição e práticas bélicas para alcance de tal fim. Da mesma forma, tais medidas prestam-se a manter essa lógica, uma vez que ratificam a associação drogas-morte/miséria/violência ao promoverem, por sua conta, aquilo que visam combater.

Os desafios do setor segurança pública para a formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humano consiste em permitir a provocação de um estranhamento acerca de uma verdade que está pautada na proibição e no combate às drogas. Tal verdade pode ser observada como forte marca das políticas públicas nesse campo, sendo geradora de um tratamento quase natural para a questão. Em outras palavras, entende-se como forma praticamente exclusiva de tratamento a ser dispensado a alguns psicoativos aquele baseado no proibicionismo e na guerra às drogas.

Uma prática compromissada com os Direitos Humanos pode produzir outras alternativas, que não envolvam a criminalização e tentativa de adequação de modos de existência. Estes direitos humanos, porém, não são ensinados em modelos. Deste modo, devemos nos perguntar, cotidianamente: “Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido?” É

necessário estranhar o fato de que, no Brasil, as políticas de guerra às drogas matam mais do que o consumo de tais substâncias.

Referências

- AGUIAR, K.F.; BERZINS, F.A. Habitar as bordas e pensar o presente. **Psicologia em Estudo**, v.19, 2014, p.437-448.
- ARANTES, E.M.M. Pensando a psicologia aplicada à justiça. In: GONÇALVES, H.S.; BRANDÃO, E.P. **Psicologia jurídica no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau, 2004. p. 51-97
- BACCA, A.M.; PEY, M.O.; SÁ, R.S. **Nas pegadas de Foucault**: apontamentos para a pesquisa de instituições. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.
- BARATTA, A. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**: introdução à sociologia do direito penal. 6.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2011.
- BARBOSA, R.B.; BICALHO, P.P.G. "Sujeito-criminoso": mecanismos de produção desubjetividade operantes em policiais e moradores de favelas do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Latino-americana de Psicología Social Ignacio Martín Baró**, v. 2, 2013.
- BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Roda dos Tempos, 2002.
- BATISTA, V.M. A nomeação do mal. In: *MENEGAT, M.; NERI, R.* (Orgs.). **Criminologia e subjetividade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005.
- BICALHO, P.P.G. **Subjetividade e abordagem policial**: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 1995.
- DELEUZE, G; GUATARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1997. v.5.
- DORNELLES, J.R.W. **Conflitos e segurança**: entre pombos e falcões. Rio de Janeiro: Ed. Lúmen Juris, 2003.
- FERREIRA NETO, J.L. Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos. **Revista do Departamento de Psicologia (UFF)**, Niterói, v.16, n.1, 2004.
- FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GRAHAM, S. **Cities under siege: the new military urbanism**. London: Verso, 2011.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S.B. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

HURSTEL, F. O pai como instituição e como função. In: _____. **As novas fronteiras da paternidade**. Campinas: Papirus, 1999.

JUSTIÇA GLOBAL (Org.). **Segurança, tráfico e milícias no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2008.

KARAM, M.L.; SKOROMOV, D.; DIAS, E. Interações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: CFP, 2013. p.148-182.

KASTRUP, V. A psicologia na rede e os novos intercessores. In:FONSECA, T. G.; FRANCISCO, D. (orgs). **Formas de ser e habitar a contemporaneidade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

LACAN, J. **Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia: escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, (1950/1998).

_____. **Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia**. Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1950/2003.

NOBRE, A.L. Guerra e paz. In: BATISTA, V.M. (Org.).**Paz armada**. Rio de Janeiro: Revan/ICC, 2012.

NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA. **Manual de policiamento comunitário: polícia e comunidade na construção da Segurança**. São Paulo: NEV/USP, 2009.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2004.

SAMENOW, S.Como pensam os criminosos. **Veja**, edição 2346, ano 46, nº45, Nov2013.

SERRA, C. A; ZACCONI, O. Guerra epaz: os paradoxos da política de segurança de confronto humanitário. In: BATISTA, V.M. (Org.). **Paz Armada**. Rio de Janeiro: Revan/ICC, 2012.

SOARES, L. E. **Segurança tem saída**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

TRINDADE, J.D.L. **História social dos direitos humanos**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 2002.

WACQUANT, L. **Asprisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

Seção 3:

Política Criminal sobre drogas e os Direitos Humanos

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS POLÍTICAS CRIMINAIS, DROGAS E DIREITOS HUMANOS

Maria Lucia Karam

Desde as últimas décadas do século XX, uma desmedida expansão do poder punitivo vem se registrando em quase todo o planeta. Os últimos dados disponíveis permitem estimar a população carcerária mundial em mais de 10,2 milhões de pessoas. Em 15 anos (1998/2013), esse número estimado de presos aumentou em torno de 25 a 30%, enquanto o aumento total na população mundial não passou de 20%. Nesse período, a taxa média de encarceramento global subiu de 136 para 144 presos por cem mil habitantes. (WALMSLEY, 2013)

A maior intervenção do sistema penal tornou-se a propagandeada solução para quaisquer apontados males, sendo apresentada, em todo o mundo, por políticos dos mais variados matizes, não só como uma fácil – mas decerto falsa – resposta aos anseios individuais por segurança, mas até como um pretense – mas obviamente inviável – instrumento de transformação social. (KARAM, 2009a)

Principal propiciador dessa contemporânea expansão do poder punitivo foi – e continua sendo – a proibição às drogas tornadas ilícitas, materializada na criminalização das condutas de seus produtores, comerciantes e consumidores.

Drogas encontram raízes nas próprias origens da história da humanidade; usadas por milhões de pessoas em todo o mundo, são um fenômeno massivo. Drogas podem provocar estados alterados de consciência, o que facilita a criação de fantasias e mistérios sobre elas e as pessoas que as usam. Drogas estão associadas ao prazer, elemento que propicia o lançamento de cruzadas moralizantes. Algumas dessas substâncias foram selecionadas para serem proibidas no início do passado século XX, servindo, desde então, como um fácil pretexto para a apresentação de sua produção, comércio e consumo como uma “epidemia”, uma “praga”, um “flagelo” – o novo “mal universal”.

Assim globalmente inaugurada no início do século XX, a política proibicionista subiu de tom décadas depois. Em 1971, o então presidente norte-americano Richard Nixon declarava uma “guerra às drogas”, que logo se expandiria para o mundo. A produção, o comércio e o consumo das drogas tornadas ilícitas passaram a ser apresentados como algo extraordinariamente perigoso, incontrolável por meios regulares, que, segundo os arautos da declarada “guerra às drogas”, deveria ser enfrentado por medidas mais rigorosas, excepcionais, emergenciais, por uma verdadeira guerra.

A intensificada política proibicionista introduz então, ou melhor, reintroduz sob uma nova roupagem, as ideias de “combate” e de “guerra” como parâmetros para o controle social exercitado através do sistema penal, explicitando na própria denominação “guerra às drogas” a moldura bélica que dá a tônica da atuação do poder punitivo nas sociedades contemporâneas. Essa moldura bélica exa-

cerba a hostilidade contra os selecionados sofrendores concretos e potenciais da pena, ao acrescentar às ideias sobre o ‘criminoso’ – tradicionalmente visto como o “mau”, o “outro”, o “perigoso” – e a seu papel de “bode expiatório” o ainda mais excludente perfil do “inimigo”, o que, naturalmente, facilita maiores intervenções do sistema penal e a consequente expansão do poder punitivo.

Certamente, a associação entre sistema penal e guerra não é nova. Diversos momentos durante a violenta, danosa e dolorosa história do sistema penal têm sido marcados pelo paradigma bélico. Tampouco é nova a ideia do “mal universal”. No passado, a bruxaria e a heresia também foram assim apresentadas. Hoje, no entanto, o paradigma da guerra e a ideia do “mal universal” adquiriram maior extensão e intensidade. Materializando-se na criminalização de condutas que, como antes mencionado, são massivamente praticadas em todo o mundo, a proibição às drogas tornadas ilícitas forneceu e fornece o impulso requerido pela consolidação de uma globalmente uniforme tendência punitiva (ANDREAS; NADELMANN, 2006) e uma expansão do poder punitivo sem paralelos.

Decerto, em sua expansão, o poder punitivo diversifica as fontes com que tenta se legitimar. Não apenas o “terrorismo”, desde os atentados de 11 de setembro de 2001, mas os mais variados pretextos vão sendo acenados. Os “inimigos” vão sendo selecionados conforme o sabor das preferências ideológicas dos crescentes adeptos do poder punitivo, que, além do “terrorismo”, ora apontam para uma suposta transnacionalidade criminosa ou para uma indefinida e indefinível “criminalidade organizada”, ora para um propagandeado aumento incontrolável de uma mais tradicional “criminalidade de rua” (a “criminalidade dos pobres”), ora, ao contrário, para uma criminalidade de poderosos (a “criminalidade dos ricos”), como anunciadas situações excepcionais que vão produzindo uma paradoxal “emergência perene”. (KARAM, 2009a)

Mas, a diversificação não dispensa o apelo e a força ideológica da “guerra às drogas”. A alegada negatividade da produção, do comércio e do consumo das drogas tornadas ilícitas não só permanece sendo a principal fonte de busca de legitimação e de alimentação do expandido poder punitivo, como, frequentemente, tais atividades

são associadas aos demais fenômenos (reais ou imaginários) acenados para operar essa aparente legitimação.

A globalizada proibição, com sua política de “guerra às drogas”, é imposta nas três vigentes e complementares convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) – a Convenção Única sobre entorpecentes de 1961, que revogou as convenções anteriores e foi revista através de um protocolo de 1972; o Convênio sobre substâncias psicotrópicas de 1971; e a Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas de 1988 (Convenção de Viena). Suas diretrizes orientam a formulação das leis internas sobre a matéria nos mais diversos Estados nacionais.

Os dispositivos criminalizadores, presentes nessas convenções internacionais e nas leis nacionais, como a brasileira Lei 11343/2006, são, hoje, uma das maiores fontes de violações a princípios assegurados em normas inscritas nas declarações internacionais de direitos humanos e nas constituições democráticas. Aliás, a explícita opção bélica que rege a proibição e sua política de “guerra às drogas” já deixa claro o descompromisso com os direitos fundamentais dos indivíduos: guerras e direitos humanos são naturalmente incompatíveis. (KARAM, 2015)

Os dispositivos criminalizadores, que institucionalizam a proibição e sua política de “guerra às drogas”, partem de uma distinção feita entre determinadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.) e outras substâncias da mesma natureza que permanecem lícitas (como o álcool, o tabaco, a cafeína, etc.). Não há qualquer peculiaridade ou qualquer diferença relevante entre as selecionadas drogas tornadas ilícitas e as demais drogas que permanecem lícitas. Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais. Todas são potencialmente perigosas e viciantes. Todas são drogas.

Tornando ilícitas algumas dessas drogas e mantendo outras na legalidade, as convenções internacionais e leis nacionais, como a brasileira Lei 11343/2006, introduzem assim uma arbitrária diferenciação entre as condutas de produtores, comerciantes e consumidores de umas e outras substâncias: umas constituem crime e outras

são perfeitamente lícitas; produtores, comerciantes e consumidores de certas drogas são etiquetados de “criminosos”, enquanto produtores, comerciantes e consumidores de outras drogas são perfeitamente respeitáveis, agindo em plena legalidade. Esse tratamento diferenciado a condutas essencialmente iguais é inteiramente incompatível com o princípio da isonomia, que determina que todos são iguais perante a lei, não se podendo tratar desigualmente pessoas em igual situação.

Não bastasse essa manifesta violação à isonomia, as convenções internacionais e leis nacionais que discriminatoriamente proíbem condutas de produtores, comerciantes e consumidores das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas criam crimes sem vítimas, ao criminalizarem a mera posse daquelas substâncias e sua negociação entre adultos, assim violando a exigência de ofensividade da conduta proibida, diretamente derivada da cláusula do devido processo legal em seu aspecto substantivo.

Em uma democracia, o Estado não está autorizado a intervir em condutas que não envolvam um risco concreto, direto e imediato para terceiros, não estando assim autorizado a criminalizar a posse para uso pessoal de drogas, que, equivalente a um mero perigo de autolesão, não afeta qualquer bem jurídico individualizável. Também não está o Estado autorizado a intervir quando o responsável pela conduta age de acordo com a vontade do titular do bem jurídico, não estando assim autorizado a criminalizar a venda ou qualquer outra forma de fornecimento de drogas para um adulto que quer adquiri-las, conduta que, tendo o consentimento do suposto ofendido, tampouco tem potencialidade para afetar concretamente qualquer bem jurídico individualizável.

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. Enquanto não atinja concreta, direta e imediatamente um direito alheio, o indivíduo é e deve ser livre para pensar, dizer e fazer o que bem quiser. Essa afirmação, que reproduz o conteúdo do princípio das liberdades iguais, é uma conquista histórica da humanidade, proclamada nos ideais das revoluções francesa e americana do século XVIII.

Acresce que os ilegítimos dispositivos criminalizadores, presentes nas convenções internacionais e nas leis nacionais em matéria de drogas, ainda se mostram inadequados para atingir o fim declarado a que se propõem, isto é, a eliminação ou pelo menos a redução da disponibilidade das substâncias proibidas. Desde logo se revelam, pois, contrários ao postulado da proporcionalidade, já na consideração do primeiro de seus requisitos – a adequação, a exigir que quaisquer medidas interventivas do Estado que restrinjam a liberdade dos indivíduos se mostrem aptas a atingir o objetivo pretendido, postulado esse também diretamente derivado da cláusula do devido processo legal.

O fracasso da proibição na consecução daquele declarado objetivo de eliminar ou pelo menos reduzir a disponibilidade das substâncias proibidas é evidente. Passados cem anos de proibição, com seus mais de quarenta anos de ‘guerra às drogas’, não houve nenhuma redução significativa na disponibilidade das substâncias proibidas. Ao contrário, as arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas foram se tornando mais baratas, mais potentes, mais diversificadas e muito mais acessíveis do que eram antes de serem proibidas e de seus produtores, comerciantes e consumidores serem combatidos como ‘inimigos’.

A própria Organização das Nações Unidas (ONU) que, em 1998, tomada por delirante euforia, prometia um mundo sem drogas em dez anos – na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) realizada naquele ano foi lançado o slogan que se tornou famoso “*A Drug-Free World – We Can Do It!*”, a transmitir a anunciada intenção de erradicar todas as drogas ilícitas até 2008! – Posteriormente viu-se constrangida a reconhecer a expansão e diversificação do mercado das drogas ilícitas. Em relatório divulgado em março de 2014, o Secretariado de seu Escritório para Drogas e Crimes (UNODC) estimou que de 167 milhões a 315 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos teriam usado uma substância proibida pelo menos uma vez no ano de 2011. O mesmo relatório, destacando o fato de a maconha continuar sendo a droga ilícita mais utilizada, seguida pelas anfetaminas, revela que de 2009 a 2013 dobrou o número de novas substâncias psicoativas em geral conhecidas como “*legal highs*”, isto é, substâncias que vêm sendo introduzidas no mer-

cado mundial em tempos recentes, não incluídas nas listas das convenções internacionais (e dificilmente incluíveis, especialmente devido à velocidade com que surgem e têm alterada sua composição), as quais, em sua maioria, como os canabinoides sintéticos, imitam os efeitos das drogas proibidas catalogadas naquelas listas. Essas substâncias quimicamente modificadas passaram de 166 no final de 2009 para 351 em agosto de 2013. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014)

As apreensões realizadas em operações policiais, que costumavam ser feitas em quilos e, agora, se fazem em toneladas, além de revelarem a expansão da produção e do comércio, ao reduzirem momentaneamente a oferta, acabam por proporcionar uma imediata supervvalorização das mercadorias, assim criando maiores incentivos econômicos e financeiros para o prosseguimento daquelas atividades econômicas tornadas ilegais. O aumento de preços decorrente de momentânea redução da oferta consequente a ações repressivas geralmente não tem qualquer efeito sobre a extensão da demanda que, por sua própria natureza, especialmente quando se considera a dependência, tende a ser inelástica (baixa variação em relação a alterações nos preços), valendo notar que, embora constituam minorias entre o conjunto de consumidores, são os dependentes das diversas drogas (lícitas ou ilícitas) os que respondem pela maior parcela do consumo de tais mercadorias. Eventuais êxitos repressivos acabam por criar assim o melhor dos mundos para os empreendedores ilegais: preços mais altos e demanda constante, significando maiores lucros. Tal incentivo à produção e ao comércio, com o tempo, acaba por contribuir para a expansão dos empreendimentos, assim conduzindo ao rebaixamento dos preços com o eventual retorno a um equilíbrio do mercado similar ao que existia antes da intervenção redutora da oferta. (COLLINS, 2014) A assinalada queda dos preços e aumento da pureza das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, nesses cem anos de proibição e quarenta anos de guerra, assim o demonstra.

Os eventuais êxitos repressivos muitas vezes também acabam por incentivar produtores, comerciantes e consumidores a buscar outras substâncias, podendo conduzir – como, de fato, têm conduzi-

do – à chegada ao mercado ilegal de novos produtos mais lucrativos e/ou mais potentes em seus efeitos primários (efeitos derivados da própria natureza da substância). Esse é o caso do crack. Mas, não apenas. Muito antes, o ópio que costumava ser fumado ou bebido acabou sendo substituído pela heroína injetável. Durante a proibição do álcool nos Estados Unidos da América, no período de 1920 a 1933, o comércio de cerveja e vinho perdeu espaço para vendas de outras bebidas alcoólicas mais fortes, mais concentradas, lucrativas e perigosas, como uísque e gin.

O fracasso da proibição, além de ser evidente, seria facilmente previsível. Como antes assinalado, drogas são usadas desde as origens da história da humanidade; milhões de pessoas em todo o mundo fizeram e fazem uso delas. A realidade tem mostrado que, por maior que seja a repressão, esse quadro não muda: sempre há e haverá quem queira usar essas substâncias. E havendo quem queira comprar, sempre haverá pessoas querendo correr o risco de produzir e vender. Os empresários e empregados das empresas produtoras e distribuidoras das substâncias proibidas, quando são mortos ou presos, logo são substituídos por outros igualmente desejosos de acumular capital ou necessitados de trabalho. Essa é uma lei da economia: onde houver demanda, sempre haverá oferta. As artificiais leis penais não conseguem revogar as naturais leis da economia.

Sob qualquer ângulo, a proibição é uma política falida. Quando uma política falhou tão dramaticamente por tanto tempo, não parece uma atitude muito inteligente continuar a insistir nessa mesma política. Tal insistência faz lembrar o conhecido aforismo que define insanidade como fazer a mesma coisa repetidamente e esperar diferentes resultados.

Mas, a proibição não é apenas uma política falida. Mais do que a inaptidão para atingir o declarado objetivo de eliminar ou pelo menos reduzir a circulação das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, a proibição acrescenta danos muito mais graves aos riscos e aos danos que podem ser causados pelas drogas em si mesmas.

O mais evidente e dramático desses danos é a violência. Não são as drogas que causam violência. O que causa violência é a proi-

bição. A produção e o comércio de drogas não são atividades violentas em si mesmas. É sim o fato da ilegalidade que produz e insere no mercado empresas criminalizadas, simultaneamente trazendo a violência como um subproduto de suas atividades econômicas. Quando o mercado é legalizado, não há violência. Não há pessoas fortemente armadas, trocando tiros nas ruas, junto às fábricas de cerveja, ou junto aos postos de venda dessa e outras bebidas. Mas, isso já aconteceu. Foi nos Estados Unidos da América, entre 1920 e 1933, quando lá existiu a proibição do álcool. Era a época de Al Capone e outros *gangsters*, a trocar tiros nas ruas de Chicago.

Hoje, não há violência na produção e no comércio do álcool. Por que seria diferente na produção e no comércio de maconha ou de cocaína? A resposta é óbvia: a diferença está na proibição. Só existem armas e violência na produção e no comércio de maconha, de cocaína e das demais drogas tornadas ilícitas porque o mercado é ilegal.

Um mercado ilegal de amplas dimensões, como necessariamente é o mercado de produtos que, como as arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, respondem a uma demanda cujas raízes se encontram na própria história da humanidade, exacerba a “criminalidade” violenta, seja pela organização empresarial, exigente e facilitadora de sua concentração territorial e de seu emprego de recursos humanos em larga escala, seja pelo estímulo ao mercado das armas necessárias à segurança dos empreendimentos criminalizados, seja, do lado da demanda, pela indução ao recurso a ações criminalizadas para aquisição das mercadorias, não só porque seus preços são artificialmente elevados em razão da proibição, mas também porque o sentimento de estar consumindo ou pretender consumir algo proibido facilita o rompimento de barreiras íntimas inibidoras da prática de condutas ilícitas ou objetivamente impede o acesso a recursos lícitos.

A escalada repressiva, mais do que ser inútil para alcançar o declarado objetivo de redução da disponibilidade das substâncias proibidas, acaba por contribuir para a exacerbação da violência. Estudos apontam que o aumento da repressão se relaciona a um aumento da violência, especialmente homicídios. (WERB et al., 2010) A

escalada repressiva afeta o equilíbrio do mercado clandestino, nele introduzindo atores frequentemente mais violentos que se valem de armas mais poderosas, atraindo intervenções estatais mais agressivas, as quais, por sua vez, provocam ações ainda mais violentas, em um sanguinário e letal círculo vicioso.

Com efeito, as convenções internacionais e leis nacionais que discriminatoriamente proíbem condutas de produtores, comerciantes e consumidores das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas ilegítimamente criam “crimes sem vítimas”, mas a proibição e sua guerra, como quaisquer outras guerras, são letais. A “guerra às drogas” mata muito mais do que as drogas.

No México, a partir de dezembro de 2006, a “guerra às drogas” foi intensificada, inclusive com a utilização das Forças Armadas na repressão aos chamados “cartéis”. Desde então, as estimativas são de mais de 70.000 mortes relacionadas à proibição. (ADDING ..., 2013) A taxa de homicídios dolosos no México no período de 2000 a 2006 se mantinha em torno de 9 a 10 homicídios por cem mil habitantes. Em 2009 chegou a 17 e em 2011 a 22,8 homicídios por cem mil habitantes. (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013)

No Brasil, a taxa de homicídios é ainda superior à do México – aproximadamente 26 homicídios por cem mil habitantes. (WAISEFISZ, 2012) Grande parte desses homicídios está relacionada aos conflitos estabelecidos nas disputas pelo mercado posto na ilegalidade. Outra grande parte desses homicídios está relacionada à nociva e sanguinária política baseada na guerra.

Produzindo demasiada violência e demasiadas mortes, a “guerra às drogas” traz ainda de volta ao cenário latino-americano a cruel e trágica prática corrente nas ditaduras do século XX, consistente no desaparecimento forçado de pessoas. Há muitas pessoas desaparecidas no Brasil, seja pela ação das forças repressivas, seja pela ação dos chamados “traficantes”. No México, estima-se que 25.000 pessoas desapareceram entre 2006 e 2012, em meio à versão mexicana da mesma sanguinária “guerra às drogas”. (MEXICO'S ..., 2012)

De um lado, policiais são autorizados, ensinados, adestrados e estimulados, formal ou informalmente, a praticar a violência contra

os “inimigos” personificados nos “traficantes”. De fato, quem atua em uma guerra, quem é encarregado de “combater” o “inimigo”, deve eliminá-lo. Jogados no front dessa sanguinária guerra, policiais matam, mas também têm seu sangue derramado. Do outro lado, os ditos “inimigos” desempenham esse papel que lhes foi reservado. Também são ensinados, adestrados e estimulados a serem cruéis. Empunhando metralhadoras, fuzis, granadas e outros instrumentos mortíferos disponibilizados pela guerra incentivadora da corrida armamentista, matam e morrem envolvidos pela violência causada pela ilegalidade imposta ao mercado onde atuam.

A amplitude do mercado ilegal faz da produção e do comércio das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas a principal oportunidade de lucro vindo de negócios ilícitos. São bilhões de dólares em circulação. A Organização das Nações Unidas estimou o valor desse mercado em US\$ 320 bilhões no ano de 2003, (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012) valor que, passados mais de dez anos, decerto alcança hoje níveis ainda superiores. Constituindo-se em importante fonte de sustentação do mercado de armas; financiando outras atividades negativas e danosas, como o terrorismo; contaminando instituições financeiras com a injeção de dinheiro ilegal, as criminalizadas atividades de produção, comércio e consumo das substâncias proibidas, por se desenvolverem na ilegalidade, tornam-se ainda o maior incentivo à corrupção de agentes estatais. Assim como a violência, a corrupção também é um acompanhante necessário das atividades econômicas que se realizam no mercado posto na ilegalidade.

A proibição da produção, do comércio e do consumo das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, tendo por objetivo declarado a eliminação ou pelo menos a redução da disponibilidade dessas substâncias psicoativas, foi instituída e se mantém sob o pretexto de proteção à saúde. Tal pretexto já se dissolve na própria arbitrariedade da seleção das drogas tornadas ilícitas. (BUSTOS-RAMÍREZ, 1990) Mas, além disso, revela o que talvez seja o maior dos paradoxos dessa ilegítima, falida, danosa e insana política. Com a irracional decisão de enfrentar um problema de saúde com o sistema penal, o Estado agrava esse próprio problema. A proibição causa

maiores riscos e danos à mesma saúde que enganosamente anuncia pretender proteger.

Com a intervenção do sistema penal, o Estado acaba por entregar o próspero mercado das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas a agentes econômicos que, atuando na clandestinidade, não estão sujeitos a qualquer limitação reguladora de suas atividades. A ilegalidade significa exatamente a falta de qualquer controle sobre o supostamente indesejado mercado, aumentando os riscos e danos à saúde dos consumidores dos produtos assim produzidos e comercializados. *Overdoses* acontecem, na maior parte dos casos, em razão do desconhecimento da composição e potencial tóxico daquilo que se está consumindo.

Por outro lado, a ilegalidade cria a necessidade de aproveitamento imediato de circunstâncias que permitam um consumo que não seja descoberto, o que incentiva a falta de cuidados e higiene, com consequências que aparecem especialmente na difusão de doenças transmissíveis como a Aids e a hepatite. Além de criar a atração do proibido, acabando por incentivar o consumo por parte de adolescentes, a proibição dificulta o diálogo e a busca de esclarecimentos e informações entre estes e seus familiares e educadores. A proibição ainda dificulta a assistência e o tratamento eventualmente necessários, seja ao impor ineficazes e ilegítimas internações compulsórias, seja ao inibir a busca voluntária do tratamento, por pressupor a revelação da prática de uma conduta tida como ilícita. Muitas vezes, essa inibição tem trágicas consequências, como em episódios de *overdose* em que o medo daquela revelação paralisa os companheiros de quem a sofre, impedindo a busca do socorro imediato.

A proibição e sua guerra provocam danos ambientais, seja diretamente com a erradicação manual das plantas proibidas ou pior, com as fumigações aéreas de herbicidas sobre áreas cultivadas, como ocorreu e ainda ocorre na América Latina, na região andina, seja indiretamente, ao provocar o desflorestamento das áreas atingidas e levar os produtores a desflorestar novas áreas para o cultivo, geralmente em ecossistemas ainda mais frágeis. Além disso, como acontece na comercialização dos produtos proibidos, também no

que se refere à produção a ilegalidade impede qualquer controle ou regulação, o que naturalmente eleva os riscos e danos ambientais. Pense-se, por exemplo, no despejo no solo ou em rios de resíduos tóxicos resultantes do processamento químico das plantas colhidas. Agindo na clandestinidade, produtores das substâncias proibidas, além de terem de evitar maior exposição à repressão, não estão submetidos a quaisquer restrições, despejando os resíduos tóxicos nos lugares que lhes forem mais convenientes, sem qualquer atenção para com o ambiente.

A nociva e sanguinária “guerra às drogas” não é exatamente uma guerra contra as drogas. Não se trata de uma guerra contra coisas. Como quaisquer outras guerras, é sim uma guerra contra pessoas – os produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas. Mas, não exatamente todos eles. Os alvos preferenciais da “guerra às drogas” são os mais vulneráveis dentre esses produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas. Os “inimigos” nessa guerra são os pobres, os marginalizados, os não brancos, os desprovidos de poder.

Após a declaração de “guerra às drogas”, o número de pessoas encarceradas nos Estados Unidos da América por crimes relacionados a drogas aumentou em mais de 2.000%. Em duas décadas, entre 1980 e 2000, o número de presos norte-americanos passou de cerca de 300.000 para mais de 2 milhões, o que transformou a antiga “*land of the free*” no país com a maior população carcerária do mundo. Mas, nos cárceres dos Estados Unidos da América, sua população não está representada de maneira uniforme. Os índices de prisões de afro-americanos são muito superiores aos índices de prisões de brancos, em gritante desproporcionalidade com sua presença na população como um todo: em 2014, 6% dos homens negros entre 30 e 39 anos residentes nos Estados Unidos da América estavam presos, enquanto entre os brancos da mesma faixa etária esse percentual era de 1%. (US DEPARTMENT OF JUSTICE. BUREAU OF JUSTICE STATISTICS, 2015) O encarceramento massivo de afro-americanos nos Estados Unidos da América nitidamente revela o alvo e a função da “guerra às drogas” naquele país: perpetuar a discriminação e a marginalização fundadas na cor da pele, anteriormente exercitadas

de forma mais explícita com a escravidão e o sistema de segregação racial conhecido como Jim Crow. (ALEXANDER, 2010)

Na versão brasileira da “guerra às drogas” o alvo preferencial também é claro: os mortos e presos nessa guerra – os “inimigos” – são os “traficantes” das favelas e aqueles que, pobres, não brancos, marginalizados, desprovidos de poder, a eles se assemelham.

O Brasil tem hoje, em números absolutos, a quarta maior população carcerária do mundo. Os dados mais recentes, referentes a junho de 2014, revelam que já ultrapassamos os 600 mil presos (607.731), correspondendo a 299 presos por cem mil habitantes. Em 1995, essa proporção era de 92 por cem mil habitantes. Os incompletos dados referentes à cor da pele (faltam dados relativos a diversos estabelecimentos prisionais) revelam que 67% dos presos são negros ou pardos, enquanto na população brasileira em geral o percentual é de 51%. Em relação à escolaridade, os também incompletos dados fornecidos revelam que 80% dos presos têm no máximo o ensino fundamental. Acusados e condenados por “tráfico” que, em dezembro de 2005 (a partir de quando começaram a ser fornecidos dados relacionando o número de presos com as espécies de crimes), eram 9,1% do total dos presos brasileiros, em junho de 2013, chegavam a 27,2%. Entre as mulheres, essa proporção alcançava metade das presas (50,49%). Os dados referentes a junho de 2014, também nesse ponto, são incompletos, excluindo estados como Rio de Janeiro e São Paulo. De todo modo, esses dados incompletos permanecem apontando o “tráfico” como a maior causa de prisão: 27% do total fornecido, chegando a 63% entre as mulheres. (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014) Esse percentual provavelmente é ainda mais elevado. A Secretaria de Administração Penitenciária do estado de São Paulo divulgou levantamento relativo a junho de 2015 indicando que 38,9% dos 221.636 presos naquele estado (o maior contingente do Brasil) são acusados ou condenados por ‘tráfico de drogas’, proporção que se eleva a 70% entre as mulheres. (SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015)

O tão incensado, pelo menos até recentemente, novo modelo de policiamento no Brasil – as chamadas Unidades de Polícia Paci-

ficadora (UPPs) – deixa bem clara a funcionalidade da “guerra às drogas” na efetivação do controle penal sobre os pobres, os marginalizados, os desprovidos de poder. Sob o pretexto de “libertar” as favelas do Rio de Janeiro dos “traficantes”, esse novo modelo de policiamento consiste na ocupação militarizada dessas comunidades pobres, como se fossem territórios “inimigos” conquistados ou a serem conquistados. A ocupação militarizada fortalece o estigma e a ideia do gueto, sujeitando as pessoas que vivem nas favelas a uma permanente vigilância e monitoramento, com frequentes revistas pessoais, até mesmo de crianças, por policiais fortemente armados e com revistas domiciliares sem mandado ou com algum vazio e igualmente ilegítimo mandado genérico. Muitas das ocupações vêm se realizando não apenas pela polícia, mas também pelas Forças Armadas, em repetida violação à Constituição Federal brasileira, consubstanciada em sua desviada utilização em operações de segurança pública e/ou “controle do crime”, substituindo ou agindo em conjunto com a polícia, em evidente desrespeito às regras inscritas naquela carta que, naturalmente, só autorizam a intervenção das Forças Armadas para assegurar a lei e a ordem quando haja uma real ameaça à integridade da nação ou ao governo regularmente constituído, como no caso de uma tentativa de golpe de estado.

Fundando-se na “conquista” e ocupação militarizada do território identificado como “reduto do inimigo” – no momento inicial da ocupação, chega-se até mesmo a hastear a bandeira nacional –, esse contraditório modelo de policiamento, que pretende “pacificar” se utilizando da guerra, concretiza um tratamento desigual e discriminatório que reserva a favelas um policiamento de exceção. No “asfalto”, nos locais de moradia de classe média ou alta, o policiamento é regular. É o explícito Estado policial para os pobres e o formal Estado de direito para os ricos e as classes médias.

Na ocupação militar do complexo de favelas da Maré, no Rio de Janeiro, iniciada nos primeiros dias do mês de abril de 2014, houve um desfile de militares da Brigada Paraquedista do Exército e fuzileiros navais, com suas metralhadoras e lançadores de granadas MK-19, tanques, helicóptero modelo Seahawk MH16, caminhões, jipes, carros anfíbios e outras viaturas blindadas. Isto ocorreu exatamente quando

se relembra outro desfile de integrantes das Forças Armadas, com suas metralhadoras e lançadores de granadas, com seus tanques, caminhões, jipes e outras viaturas blindadas, um desfile que, ocorrido cinquenta anos antes, em abril de 1964, marcava o golpe que deu origem aos vinte e um anos de ditadura vividos no Brasil.

Mas, nem mesmo a significativa coincidência foi capaz de despertar protestos. Com efeito, intervenções militares só parecem incomodar quando atingem setores privilegiados da população. Quando os “inimigos” são somente os identificados como “traficantes” e os que, pobres, não brancos, marginalizados, moradores de favelas, desprovidos de poder, a eles se assemelham, a localizada instauração de regimes de exceção não causa comoção.

A ilegítima, falida, danosa e insana proibição às arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, materializada na autoridade, nociva e sanguinária política de “guerra às drogas”, apoia-se em um verdadeiro entorpecimento da razão. Somente uma razão entorpecida pode admitir que, em troca de uma ilusória contenção da circulação das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas, o próprio Estado fomente a violência, que só se faz presente nas atividades de produção e comércio dessas substâncias porque seu mercado é ilegal. Somente uma razão entorpecida pode autorizar que, sob este mesmo ilusório pretexto, se imponham restrições à liberdade de quem, eventualmente, queira causar um dano à sua própria saúde. (KARAM, 2009b)

Já é tempo de recobrar a razão e perceber os riscos, os danos e os enganos causados pela ilegítima, falida, danosa e insana proibição. Já é tempo de promover a reforma das convenções internacionais e das legislações internas, para pôr fim à nociva e sanguinária política de “guerra às drogas”, que, além de não funcionar em sua inviável pretensão de salvar as pessoas de si mesmas, produz demasiada violência, demasiadas mortes, demasiadas prisões, demasiadas doenças, demasiados danos ambientais, demasiada corrupção, demasiadas discriminações, demasiada opressão, demasiadas violações a direitos humanos fundamentais.

Já é tempo de legalizar e consequentemente regular e controlar a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas.

Legalizar não significa permissividade ou liberação, como insinuam os enganosos discursos dos partidários da fracassada, ilegítima e danosa proibição. Ao contrário. Legalizar significa exatamente regular e controlar, o que hoje não acontece, pois, um mercado ilegal é necessariamente desregulado e descontrolado. Aliás, poder-se-ia mesmo dizer que “liberado” é exatamente esse mercado que floresce na ilegalidade imposta pela proibição: ao contrário do que acontece em um mercado legalizado, os chamados “traficantes” não estão submetidos a qualquer controle ou fiscalização sobre a qualidade dos produtos que fornecem; para obter maiores lucros, podem misturar a droga produzida e comercializada a outras substâncias ainda mais nocivas; não precisam informar qual o potencial tóxico da droga produzida e comercializada; não precisam fazer qualquer esclarecimento ou advertência aos consumidores sobre os riscos de seus produtos; estabelecem preços livremente; não pagam quaisquer impostos; não estão sujeitos a legislações trabalhistas, podendo empregar, como de fato empregam, até mesmo crianças em suas atividades de produção e comércio; vendem seus produtos onde quer que estejam consumidores; não precisam controlar a idade dos compradores. Legalizar significa pôr fim ao “tráfico”, afastando do mercado esses descontrolados e “liberados” agentes que agem na clandestinidade e devolvendo ao Estado o poder de regular, limitar, controlar, fiscalizar e taxar a produção, o comércio e o consumo dessas substâncias, da mesma forma que o faz em relação às drogas já lícitas, como o álcool e o tabaco.

Legalizar tampouco significa que haveria um aumento incontável do consumo, como muitos temem. Não há qualquer indicação concreta de que isto poderia acontecer. Ao contrário. Pesquisa realizada pelo Zogby, nos Estados Unidos da América, em dezembro de 2007, registrou 99% de respostas negativas à indagação sobre se, uma vez legalizadas drogas como cocaína ou heroína, os entrevistados passariam a consumi-las, assim se projetando um consumo de tais substâncias em proporções semelhantes às já ocorrentes. Dados, como os fornecidos pelos relatórios do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, reiteradamente demonstram que o maior ou menor consumo de drogas não é determinado pelo

maior ou menor rigor de legislações. (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUG ADDICTION, 2015)

Vale notar que a única diminuição significativa no consumo de drogas, nos últimos anos, foi de uma droga legalizada: o tabaco, cujo consumo, inclusive no Brasil, se reduziu pela metade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) Esse resultado foi obtido sem proibição, sem guerras, sem prisões. Ninguém foi morto ou preso por produzir, vender ou usar tabaco. Ao contrário, foram instituídos muito mais eficientes programas educativos e regulações – vedação de publicidade, restrições ao consumo em lugares públicos, maior divulgação dos danos provocados pelo tabaco –, além de todo um esforço de desconstrução do *glamour* do cigarro.

Legalizar tampouco significa aprovação de quaisquer drogas, mas apenas uma decisão racional para pôr fim aos maiores riscos, danos e sofrimentos causados quando tais substâncias são objeto de proibição. Como já assinalado, essas substâncias têm sido usadas desde as origens da história da humanidade e tudo indica que muitas pessoas continuarão desejando usá-las, sejam elas lícitas ou ilícitas. A repressão, o emprego de forças policiais, o sistema penal, a guerra não são a maneira adequada de conter esse desejo. Usar ou não usar drogas, sejam as hoje ilícitas, como a maconha, a cocaína ou a heroína, sejam as já lícitas, como o álcool e o tabaco, é uma questão a ser enfrentada a partir de informações, de educação, de conscientização sobre o potencial destrutivo de tais substâncias. Esses sim são meios eficazes e humanos. Forças policiais, políticas penais, prisões, guerras, além de ineficazes, trazem mais destruição.

Não basta descriminalizar a posse para uso pessoal ou legalizar apenas uma ou outra substância considerada mais “leve”, como a maconha. Tais reformas parciais, já concretizadas em alguns países e em alguns estados norte-americanos, como a legalização da produção, do comércio e do consumo de maconha no Uruguai e nos estados norte-americanos do Colorado, Washington, Oregon e Alaska e a descriminalização da posse para uso pessoal de todas as drogas em Portugal, constituem passos significativos, mas insuficientes. Tais reformas parciais ainda se situam no âmbito da ilegítima, falida, danosa e insana proibição.

A mera descriminalização da posse para uso pessoal mantém a ilegalidade do mercado e o monopólio criminalizado da produção, do fornecimento e dos lucros, assim deixando intocadas as consequências mais danosas da proibição e de sua política de “guerra às drogas”, isto é, a violência; as mortes; o encarceramento massivo; a corrupção; a falta de controle e impossibilidade de regulação e assim o aumento dos riscos e danos à saúde e ao ambiente; o racismo e outras discriminações; a humilhação e a submissão impostas aos pobres, marginalizados e desprovidos de poder; a adoção do paradigma da guerra pelo sistema penal com sua criação de “inimigos”; a violação a princípios garantidores consagrados em normas inscritas nas declarações internacionais de direitos e constituições democráticas. Aliás, sempre vale lembrar que não é apenas a criminalização da posse para uso pessoal das arbitrariamente selecionadas drogas tornadas ilícitas que viola direitos fundamentais. Tão ilegítima quanto a criminalização da posse para uso pessoal é a criminalização da produção e do comércio das substâncias proibidas, que igualmente viola normas inscritas nas declarações internacionais de direitos e nas constituições democráticas, a começar do próprio princípio da isonomia, como antes aqui apontado.

A mera legalização da produção, do comércio e do consumo de maconha, além de reproduzir a arbitrária e discriminatória diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas, que está na base da proibição e sua política de “guerra às drogas”, despreza o fato de que quanto mais perigosa uma droga em seus efeitos primários, maior a necessidade da legalização. Todas as drogas, lícitas ou ilícitas, são potencialmente perigosas e viciantes. Seus efeitos mais ou menos danosos dependem, em grande parte, da forma como quem as usa se relaciona com elas. Não existem drogas “boas” ou “más”, mas apenas formas mais ou menos danosas de usá-las. Mas, certamente há drogas mais e menos potentes em seus efeitos primários e que assim podem ser consideradas mais ou menos perigosas. Embora tendo uma mesma natureza ou uma mesma essência, cada droga (não importa se lícita ou ilícita) tem características e efeitos primários diferenciados, o que acontece também dentro de uma mesma espécie de droga (pense-se no álcool: as características e os efeitos

primários do uísque, do vinho ou da cerveja são, certamente, bem diferentes entre si). Nesse sentido, quanto mais perigosa uma droga, maiores razões para que seja legalizada, pois maior a necessidade de controlar e regular sua produção, seu comércio e seu consumo. E controle e regulação só existem em um ambiente de legalidade. Sempre vale repetir: não há como controlar ou regular algo que é ilegal. É preciso que a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas venham para a luz do dia, para assim se submeterem a controle e regulação.

A legalização e conseqüente regulação e controle da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas é a opção política indispensável para definitivamente pôr fim à autoritária, nociva e sanguinária “guerra às drogas”; para definitivamente pôr fim a todos os inúmeros danos causados pela proibição. Legalizar e conseqüentemente regular e controlar a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas é a única forma de possibilitar que os problemas advindos do abuso de tais substâncias sejam enfrentados não com sanguinárias, destrutivas e inúteis guerras, mas sim com soluções nascidas da compreensão, da compaixão, da solidariedade e do respeito à dignidade de todas as pessoas.

O fim da proibição significará o afastamento de uma das maiores fontes de violação a direitos humanos fundamentais. Para respeitar os direitos humanos, é preciso, pois, legalizar e conseqüentemente regular e controlar a produção, o comércio e o consumo de todas as drogas.

Referências

ADDING Absurdity to Tragedy. **The New York Times**, 2013. Disponível em: <http://latitude.blogs.nytimes.com/2013/03/08/a-memorial-in-mexico-city-adds-absurdity-to-tragedy/?ref=drugtrafficking&_r=0>. Acesso em: 4 fev 2016.

ALEXANDER, M. **The new Jim Crow**: mass incarceration in the age of colorblindness. New York: The New Press, 2010.

ANDREAS, P.; NALDEMANN, E. **Policing the globe**: criminalization and crime control in international relations. New York: Oxford University Press, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>. Acesso em: 19 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo Saúde Brasil 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BUSTOS-RAMÍREZ, J. **Coca cocaína**: entre el derecho y la guerra (Política criminal de la droga en los Países Andinos). Barcelona: PPU, 1990.

COLLINS, J. The economics of a new global strategy. In: _____. **Ending the drug wars**: report of the LSE expert group on the economics of drug policy. London: London School of Economics and Political Science, 2014. Disponível em: <<http://www.lse.ac.uk/IDEAS/publications/reports/pdf/LSE-IDEAS-DRUGS-REPORT-FINAL-WEB.pdf>>. Acesso em: 4 fev 2016.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUG ADDICTION. **European Drug Report 2015**. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/edr2015>>. Acesso em: 4 fev 2016.

KARAM, M.L. **Escritos sobre a liberdade**. Proibições, riscos, danos e enganos: as drogas tornadas ilícitas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009b. v.3.

_____. **Escritos sobre a liberdade**: recuperar o desejo da liberdade e conter o poder punitivo. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009a. v.1.

_____. **Legalização das drogas**. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015. (Coleção Para Entender Direito).

MEXICO'S crime wave has left about 25,000 missing, government documents show. The Washington Post, 2012. Disponível em: https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/mexicos-crime-wave-has-left-up-to-25000-missing-government-documents-show/2012/11/29/7ca4ee44-3a6a-11e2-9258-ac7c78d5c680_story.html?hpid=z1. Acesso em: 4 fev 2016.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. **Levantamento presos x delitos**. 2015. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/downloadfiles/pdf_files/levantamento_presosxdelitos.pdf>. Acesso em: 19 nov 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global study on homicides 2013**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/homicide.html>>. Acesso em: 4 fev 2016.

_____. **World drug report 2012**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>>. Acesso em: 4 fev 2016.

_____. **World situation with regard to drug abuse**. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/commissions/CND/>>. Acesso em: 4 fev 2016.

US DEPARTMENT OF JUSTICE. Bureau of Justice Statistics. **Prisoners in 2014**. Disponível em: <<http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=pbdetail&iid=5387>>. Acesso em: 4 fev 2016.

WAISEFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf>. Acesso em: 4 fev 2016.

WALMSLEY, R. **International Centre for Prison Studies. World prison population list**. 10. ed. London: Icps, 2013. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org/>>. Acesso em: 27 abr 2015.

WERB, D. et al. **Effect of drug-law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review**. Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy, 2010.

DIREITOS HUMANOS E CONVENÇÕES INTERNACIONAIS DE DROGAS: Em Busca de uma Razão Humanitária nas Leis de Drogas¹⁰

*Luciana Boiteux
Luciana Peluzio Chernicharo
Camila Souza Alves*

Introdução

A relação entre as convenções internacionais sobre drogas e os tratados de direitos humanos é um tema complexo e ainda muito pouco debatido no Brasil. Do ponto de vista formal, coexistem, de um lado, o sistema internacional sobre drogas, extremamente repressivo, o qual, apesar de datar do século passado, é amplamente aceito e seguido por muitos países; e, de outro, o sistema internacional de proteção aos direitos humanos, que tem avançado significativamente na elaboração de tratados, reconhecendo e buscando efetivar direitos humanos com base no conceito de dignidade humana.

¹⁰ O presente artigo foi publicado originalmente em 2014, em inglês, sob o título "Human Rights and Drug Conventions: Searching for Humanitarian Reason in Drug Laws", como capítulo do livro organizado por LABATE, B.C.; CAVNAR, C. *Prohibition, religious freedom, and human rights: regulating traditional drug use*. 1.ed. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2014, v. 1, p. 1-23. A versão em português foi atualizada e resumida.

Poder-se-ia pensar que estes dois sistemas deveriam coexistir com base na integração dos direitos sociais e individuais ao sistema de controle de drogas. Contudo, ainda existe uma forte resistência por parte de diversos países que adotam políticas de drogas extremamente repressivas, organizados no sistema internacional da ONU, representado nesse tema pelo UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crimes*) que vislumbram o sistema de controle de substâncias ilícitas como hermético e distinto de qualquer influência dos tratados de direitos humanos.

Neste capítulo, nos propomos a analisar, do ponto de vista normativo, a prevalência das normas de direitos humanos e a necessidade do respeito aos direitos individuais e sociais nas normas internacionais sobre drogas. Nossa intenção é a de negar a possibilidade de qualquer exceção no direito internacional que impeça padrões e normas de direitos humanos de serem plenamente aplicáveis e reconhecidos em matéria de controle de drogas. Por meio da análise de exemplos concretos de violações aos tratados internacionais de direitos humanos, que vem sendo ignorados na medida em que se implementam tratados de controle de drogas pelos organismos internacionais e os estados nacionais que o compõem, nossa intenção é a de propor a transformação do sistema internacional de repressão às drogas para um sistema garantidor de direitos.

Para tanto, inicialmente abordaremos as convenções internacionais sobre drogas e sua relação com os tratados de direitos humanos para depois focar em exemplos de violações de direitos humanos resultantes da aplicação dos tratados sobre drogas, em duas situações relevantes: 1) violação a direitos individuais, como a obrigação (ou não) dos países em criminalizar o porte de drogas para uso pessoal; e 2) violação a direitos culturais e sociais, como é o caso da inclusão da folha de coca como substância proibida pela ONU, o que confronta o direito coletivo do povo andino de cultivar e consumir esta planta como hábito tradicional cultural.

■ **Convenções de Drogas da ONU: uma visão geral**

Desde 1912, treze instrumentos internacionais relacionados à questão das drogas foram editados, estando atualmente em vigor no sistema internacional de controle de drogas três convenções. Em

termos gerais, a Convenção Única da ONU sobre Entorpecentes (1961) proíbe o fumo e o consumo de ópio, a mastigação da folha de coca e o fumo da resina da *cannabis*, bem como qualquer outro uso não medicinal, instituindo um sistema internacional de controle que impõe uma repressiva fiscalização de produtos regularmente cultivados e utilizados em várias partes do mundo.

É importante analisar esta Convenção no contexto da Guerra Fria, especialmente quando se discute a proibição da folha coca na Região Andina, já que, neste período, as duas superpotências mundiais estavam estabelecendo suas áreas de influência. A Convenção de 1961 estabeleceu um prazo de quinze anos para a eliminação gradual do ópio e vinte e cinco anos para a folha de coca e para a *cannabis*, ainda que esse prazo nunca tenha se concretizado, como será visto mais adiante. Apesar do preâmbulo deste diploma internacional anunciar como motivo para o aumento do controle de drogas “a preocupação com a saúde física e mental da população”, os únicos meios oferecidos para atingir este objetivo em seu texto foram o controle e a repressão penal mediante a proibição absoluta do uso e comércio de tais substâncias.

Seu enfoque repressivo, entretanto, foi moderado em relação à figura do usuário alguns anos mais tarde, pelo Protocolo de 1972¹¹, que destacou a necessidade de se prover acesso ao tratamento e à reabilitação para usuários de drogas, concomitantemente, ou em alternativa, à pena de prisão. A especial relevância deste Protocolo é que ele permite aos Estados adotarem medidas menos repressivas em relação aos usuários, especialmente no que se refere à substituição do encarceramento por medidas de tratamento, o que serve de base jurídica para diversos países europeus de adotarem políticas de redução de danos e de tratamento para usuários de droga.

Em 1971, ampliando o sistema internacional de controle de drogas, foi editada a Convenção da ONU sobre Substâncias Psicotrópicas¹², que trata do controle sobre drogas sintéticas. Vale ressal-

¹¹ Atualmente, existem 185 Estados-parte à Convenção Única de 1961, emendado pelo Protocolo de 1972, o que significa que apenas oito países estão fora desse acordo internacional. Fonte: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-18&chapter=6&lang=en

¹² Em março de 2016, 183 Estados faziam parte da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971. Fonte: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-16&chapter=6&lang=en

tar que, até este momento, apenas substâncias de origem natural relacionadas ao ópio, à maconha e à cocaína estavam sujeitas ao controle internacional, embora outras, como estimulantes, anfetaminas e LSD, até então não regulamentadas, também apresentassem efeitos psicoativos. Alegou-se, naquele momento, que os efeitos nocivos destas novas substâncias justificariam a extensão do controle dispensado a outros narcóticos. Assim, a partir de 1976, quando a Convenção entrou em vigor, estas novas substâncias, bem como os sedativos hipnóticos e os tranquilizantes foram incluídos ao controle internacional.

A terceira convenção de drogas vigente data de 1988: trata-se da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, que tem como foco o tráfico de drogas, a qual indica a necessidade da criminalização mais intensa sobre comércio e a produção de substâncias ilícitas, focando nos efeitos colaterais da proibição das drogas (indicando pela primeira vez a criminalização da lavagem de dinheiro). Esta convenção foi amplamente aceita em todo o mundo, sendo que apenas quatro estados que ainda não se tornaram parte dela.¹³ Seu texto foi projetado para se tornar uma ferramenta repressiva com o objetivo de “combater” organizações de tráfico de drogas, expandindo as hipóteses de extradição, cooperação internacional e o confisco de ativos financeiros de traficantes, além de unificar e fortalecer os instrumentos jurídicos existentes. Desta forma, criou-se um sistema formalmente destinado a combater o poder militar, econômico e financeiro acumulado pelo mercado de drogas ilícitas. O texto convencional também propôs a padronização das definições utilizadas em relação ao tráfico de drogas e os Estados membros foram encorajados a aumentar a repressão, mediante a utilização de termos dramáticos como “perigo de gravidade incalculável”, “erradicação do tráfico ilícito” e “eliminação da procura ilícita.” O artigo 24 vai ainda mais além, permitindo às partes “adotar medidas mais estritas ou mais severas do que as previstas pela presente Convenção se, pela opinião dos estados, estas forem convenientes ou necessárias

¹³ Esta Convenção de 1988, segundo a ONU, tem 189 Estados-parte, ou seja, apenas quatro países não ratificaram seu teor, considerando o reconhecimento de 193 países pela ONU. Fonte: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-19&chapter=6&lang=en

para atingir seu objetivo.” Alguns países utilizam, geralmente, esta disposição para justificar inclusive a pena de morte para crimes relacionados às drogas.

A Convenção de 1988 também determina a erradicação do cultivo da folha de coca em forte mensagem dirigida aos países da América do Sul, reforçando a Convenção Única de 1961. Além disso, estabelece a necessidade do monitoramento de produtos químicos usados na produção de drogas (precursores) e do aumento dos esforços contra a produção de drogas ilícitas. Especificamente, em matéria penal, a convenção requer que os estados membros adotem todas as medidas necessárias para estabelecer, na forma de infração penal no seu direito interno, todas as atividades ligadas à produção, venda, transporte e distribuição de todas as substâncias listadas (art. 3, § 1). O funcionamento desse sistema se organiza por meio de órgãos especializados.¹⁴

A partir dessa estrutura, o controle sobre drogas ilícitas está organizado em um sistema de classificação de substâncias dividido em quatro tabelas, com base na necessidade de se impor mais ou menos controle sobre tais substâncias, supostamente em função dos riscos de abuso e dependência. Assim, estes três textos internacionais vigentes, ratificados pela quase unanimidade dos países do mundo, aparentemente, representam padrões comuns (repressivos) em relação aos limites de uso e produção de certas substâncias, em que pese nem todas as legislações nacionais sigam fielmente este modelo bélico proposto.

O fato é que, desde o início do século XX, a comunidade internacional tem dispensado enorme energia e uma grande quantidade de dinheiro na tentativa de executar as provisões repressivas destas Convenções, com o objetivo principal de alcançar um “mundo livre

¹⁴ O sistema burocrático criado na ONU para controlar a circulação de drogas inclui os seguintes órgãos especializados: o “poder político-legislativo”, exercido pela Assembleia Geral da ONU e pela Comissão de Entorpecentes (CND, em inglês), sob a estrutura do Conselho Econômico e Social (ECOSOC, em inglês), no qual a política de drogas é debatida e definida; o “sistema judicial”, representado pela Junta Internacional de Controle de Narcóticos (International Narcotics Control Board (INCB), em inglês), um órgão independente com o poder de impor sanções em caso de não cumprimento das regras; e, por fim, o “órgão executivo”: o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office for Drugs and Crime (UNODC), em inglês), capitaneado por um diretor executivo, atualmente um russo, Yuri Fedotov. Cabe salientar que a abordagem repressiva em relação às drogas é expressa inclusive no nome do organismo especializado, que relaciona “crimes” a “drogas”.

de drogas”, impondo a todos os países a obrigação de controlar e punir severamente usuários de drogas proibidas (com ressalva) e/ou aqueles que as vendem ilegalmente, deixando de lado (ou não priorizando) ações de prevenção. Baseando-se na acepção da “co-operação voluntária” da comunidade mundial, esses tratados têm por objetivo orientar e influir na criação de leis nacionais repressivas, além de indicar a aplicação de altas penas para crimes relacionados a drogas. Assim, ao invés de indicar uma abordagem de saúde pública, o controle internacional de drogas tornou-se uma questão de direito penal, com ênfase na proibição e nas sanções penais em todos os aspectos do consumo, produção e transporte de algumas drogas que se tornaram ilícitas.

No entanto, tais esforços repressivos se mostram insuficientes e mesmo equivocados quando confrontados com a realidade do aumento do cultivo, da fabricação, do tráfico e do uso de substancias ilícitas em todo o mundo. Mais de meio século depois do surgimento deste sistema, ao contrário do que foi originalmente esperado, o problema mundial das drogas tem aumentado especialmente nos países em desenvolvimento, que costumavam ser considerados apenas países produtores, mas que agora estão enfrentando a situação de abuso de drogas, algo que não existia antes, como é o caso do Brasil.¹⁵ Ao mesmo tempo em que há a ratificação quase universal e a implementação nacional das convenções de drogas sem resultados positivos na promoção da saúde, motivo alegado para a proibição, tais políticas repressivas quando efetivadas ainda criam sérios danos à população, sem resultados exitosos.¹⁶

¹⁵ Vide Boiteux (2014).

¹⁶ A publicação *Counting the Costs* aponta os seguintes resultados da política de drogas repressiva: 1) colocação da saúde pública em risco, difusão de doenças e de mortes; 2) prejuízo à paz e à segurança; 3) comprometimento do desenvolvimento humano; 4) violação a direitos humanos; 5) criação de crimes e enriquecimento de criminosos; 6) gastos bilionários e comprometimento de economias nacionais; 7) promoção de estigma e discriminação; 8) causação de danos (e não proteção) a crianças e jovens; 9) danos ao meio ambiente, desflorestamento e poluição. Cf. *Counting the Costs: Alternative Drug Report 2016*: <http://www.countthecosts.org/sites/default/files/AWDR-2nd-edition.pdf>. Acesso em março de 2016. Sobre o impacto na saúde pública da política proibicionista, vide artigo publicado por vários especialistas na prestigiada Revista *Lancet*: CSETE, Joanne, KAMARULZAMAN, Adeeba, KAZATCHKINE, Michel et alii. *Public health and international drug policy*. *The Lancet*. March 24, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

Assim, diante das dificuldades em se reconhecer oficialmente as consequências negativas da implementação da política proibicionista, mesmo diante da verificação empírica desse fracasso, o que tem levado à rejeição de mudanças nos textos destas convenções repressivas (vide os resultados pouco animadores da UNGASS 2016¹⁷), defendemos ser necessária uma abordagem normativa que inclua a prevalência dos tratados de direitos humanos em relação às interpretações repressivas das convenções “antidrogas” no direito internacional. Isso porque se o cumprimento das obrigações do controle de drogas está interferindo nos direitos individuais e coletivos é hora de discutimos não só os custos humanitários da chamada “guerra às drogas”, mas também os conflitos normativos entre convenções de drogas, tratados de direitos humanos e sua hierarquia no sistema das Nações Unidas.

Neste capítulo, nos concentraremos primeiramente em detalhar o conflito entre direitos humanos e tratados internacionais de controle de drogas para em seguida analisarmos as violações de direitos humanos decorrentes de sua implementação.

■ **Direitos Humanos e Convenções de Controle de Drogas no Sistema das Nações Unidas**

A Organização das Nações Unidas (ONU) foi criada em 1945 por representantes de cinquenta países, logo após a Segunda Guerra Mundial, em decorrência do fracasso da preexistente Liga das Nações. A ONU conta, atualmente, com 193 países-membros e tem como seus principais objetivos, de acordo com o artigo primeiro da sua Carta, “Manter a paz internacional e a segurança (...) em conformidade com os princípios da justiça e do direito internacional”, “desenvolver relações amistosas entre as nações, baseadas no respeito pelo princípio da igualdade de direitos e autodeterminação dos povos” e “promover e estimular o respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua e religião.” (NAÇÕES UNIDAS, 1945) Igualmente, o artigo 55 da Carta da ONU determina que seja promovido “o respeito universal e efetivo dos direitos humanos e das liberdades funda-

¹⁷ United Nations’ General Assembly Special Session (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas) realizada em abril de 2016.

mentais para todos”, sem qualquer distinção. O certo é que os chamados direitos humanos repousam, essencialmente, em tratados e convenções internacionais, bem como na jurisprudência dos órgãos internacionais, como o Tribunal Europeu e a Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Neste sentido, Cançado Trindade (2009) chama a atenção para um processo histórico, por ele denominado de “humanização do direito internacional”, como uma “expansão gradual do conteúdo material do *jus cogens* na jurisprudência internacional contemporânea”, com a obrigação de proteger os mais vulneráveis “da mais completa adversidade ou vulnerabilidade”. Trata-se, entre outras questões importantes, da proibição absoluta da tortura e de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, seguido pela afirmação do caráter fundamental do princípio da igualdade e não discriminação, bem como do direito ao acesso à justiça.

A noção de “humanização” do direito internacional contrasta com uma ordem internacional até então baseada racionalmente em teorias como o voluntarismo e unilateralismo do “*raison d’Etat*” (ou razão de Estado, o que significa uma razão puramente política para a ação por parte de governos). O advento desta nova primazia da “razão humanitária” mencionada por Trindade é a principal característica de um mundo que reconhece o direito internacional dos direitos humanos como *jus cogens* (ou normas imperativas de direito internacional), construído sobre o princípio básico da dignidade de todos os seres humanos. Este reconhecimento é parte de uma verdadeira ordem jurídica internacional na qual as violações a direitos humanos não são aceitáveis, com base no mesmo princípio da humanidade e da consciência universal que limita a velha noção de soberania quando direitos humanos são violados. (CANÇADO TRINDADE, 2009)

Levando em conta esta importante concepção, podemos dizer que, enquanto os tratados internacionais de controle de drogas representam uma velha ordem com base na razão de estado, o direito internacional de direitos humanos está diretamente ligado a razões humanitárias, comuns a todos os homens, sem distinção de origem, gênero, orientação sexual, nacionalidade, religião, etnia, cor, língua, opinião política ou de quaisquer outros critérios. Diante disso, a re-

lação entre os tratados de direitos humanos e as convenções internacionais sobre drogas é questão essencial que exige especial atenção dos organismos internacionais, já que tanto os tratados de direitos humanos quanto as convenções de controle de drogas estão sob o mesmo “guarda-chuva” legal das Nações Unidas. No entanto, o que se verifica na prática é que estes vêm sendo tratados por organismos internacionais de controle de drogas de maneira distinta, como se fizessem parte de diferentes fontes.

Esta questão foi oficialmente levada à apreciação de um organismo de controle de drogas da ONU pela primeira vez em 2008, no encontro anual da Comissão de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs - CND), quando o mundo celebrou 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A resolução intitulada: “A integração adequada do sistema de direitos humanos das Nações Unidas com a política internacional de controle de drogas” foi introduzida pelo Uruguai e apoiada por Bolívia, Argentina e Suíça, no sentido de que: “as atividades internacionais de controle de drogas devem ser conduzidas em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos.” (BLICKERMAN, 2008) Infelizmente, a China opôs-se fortemente a tal resolução, afirmando que “discussões de questões políticas como os direitos humanos são inadequadas na CND”, no que foi seguida pelo Paquistão, Japão, Nigéria, Irã e Tailândia, o que exemplifica objeções que alguns países têm em usar o termo “direitos humanos” em documentos escritos sobre controle de drogas.

Apesar da oposição destes países, de histórico controverso na proteção de direitos humanos, com base na Carta das Nações Unidas, é inegável que os direitos humanos estão no centro do sistema da ONU. Juntamente com o desenvolvimento, e ao lado de paz e da segurança, os direitos humanos representam “um dos três pilares da Organização das Nações Unidas consagrados em sua Carta.” A partir desta afirmação, percebe-se que tais direitos são um dos objetivos mais importantes da comunidade internacional, além de hierarquicamente superiores a questões objeto de outros tratados, devendo prevalecer em caso de eventuais conflitos ou sobreposições com qualquer outro instrumento, como os tratados de controle de drogas, por exemplo.

A única conclusão possível que se pode chegar é a de que os tratados internacionais de drogas e as políticas de drogas aplicadas pelos membros das Nações Unidas não podem violar direitos individuais e sociais previstos em instrumentos internacionais assumidamente vinculativos (*jus cogens*) para os estados membros, como é o caso dos tratados de direitos humanos. Em outras palavras, é inadmissível que a obrigação de punir violações estabelecidas em convenções “antidrogas” sejam mais importantes que normas de direitos humanos consagradas na Carta das Nações Unidas. Como corretamente apontado por Barrett (2010, p. 140), tratados de direitos humanos “no âmbito da Carta têm precedência sobre outros tratados internacionais, incluindo as convenções sobre drogas (artigo 103). Todos os estados membros concordaram em cooperar para a consecução destes objetivos (artigo 56).”

Além disso, os textos das convenções sobre drogas também se referem às garantias constitucionais nacionais e às obrigações de direito internacional como barreiras limitadoras que servem para adequar determinadas políticas, sob a forma de uma “cláusula de salvaguarda” como, por exemplo, na proibição da criminalização da posse de substâncias ilícitas para uso pessoal, como visto no artigo 3 (2) da Convenção de 1988 sobre Tráfico, o que significa que não há como se alegar um alcance ilimitado para os tratados sobre drogas, os quais não podem prevalecer sobre outros direitos hierarquicamente superiores.

■ **Violações dos Direitos Humanos decorrentes da Legislação sobre drogas**

Apesar de, teoricamente, não haver dúvidas acerca da prevalência dos tratados de direitos humanos em relação às convenções sobre drogas, isso não impede que a aplicação concreta das leis de drogas acarrete graves violações de direitos humanos a indivíduos e coletividades, como já foi inclusive assinalado por acadêmicos, autoridades, especialistas e muitas organizações não governamentais.¹⁸

¹⁸ Vide Conselho Econômico e Social da ONU [ECOSOC] 2009, Organização Mundial de Saúde [World Health Association - WHO] / Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime [UNODC] / UNAIDS 2009; International Harm Reduction Association [IHRA] 2008; CHIU; BURRIS, 2012.

Verifica-se que o sistema repressivo de controle de drogas viola o direito de “toda pessoa de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental”, previsto no artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Como já dito por Anand Grover 2010, relator especial sobre o tema, nomeado pelo Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, os estados têm a obrigação de evitar epidemias, e os países que não aplicam medidas de redução de danos, tais como a distribuição de seringas e outras medidas preventivas podem criar riscos graves para a saúde da população. Em sua conclusão no relatório sobre a criminalização do uso de drogas, afirma Grover que a chamada “campanha por um mundo livre de drogas” pode, de fato, resultar em violações ao direito à saúde, a exemplo de usuários de drogas que não procuram os cuidados necessários por medo de serem presos ou, ainda, de usuários que procuram ajuda, mas não recebem os cuidados devidos (GROVER, 2010) pelo fato de ser conduta criminalizada. Apesar disto, não há consenso entre os órgãos da ONU para inclusão da redução de danos como uma medida preventiva, ao menos nos documentos oficiais do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC 2009), embora a Organização Mundial da Saúde (WHO) reconheça.

As violações ao direito à saúde também restam caracterizadas quando os tratados internacionais de drogas preveem limites desnecessários no acesso a medicamentos essenciais (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011a; 2011b; ECOSOC, 2010; WHO, 2011), como o International Narcotics Control Board já reconheceu: “embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) considere o acesso a medicamentos controlados, incluindo a morfina e a codeína como um direito humano, isto é praticamente inexistente em mais de 150 países”, disse seu presidente (INCB, 2010). Além disso, o direito de receber tratamento ético (NAÇÕES UNIDAS, 1982), e o Código de Ética Médica Internacional da Associação Médica Mundial (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 2006) não estão previstos nas convenções de drogas. Muitos desses direitos são frequentemente negados às pessoas acusadas, condenadas ou mesmo suspeitas de delitos de drogas, especialmente nos países que ado-

tam tratamentos ou internação forçadas para usuários de drogas. Inclusive, diversas denúncias de centros de reabilitação nos quais usuários de drogas “em tratamento” eram espancados, chicoteados e tratados com choques elétricos já foram feitas por organizações não governamentais. (HUMAN RIGHTS WATCH, 2011)

É importante destacar ainda que a questão do tratamento para usuários como uma alternativa à condenação ou à punição vem sendo amplamente discutida nos últimos anos e, embora não se vá aqui aprofundar esta questão, o fato é que existem muitos documentos importantes da ONU (incluindo do UNODC) e de Organismos Europeus ressaltando a importância dos cuidados de saúde para os condenados por crimes ligados às drogas. (UNODC 2010; UNODC/WHO 2009; EMCDDA 2005) Infelizmente, na maioria dos países aplica-se principalmente a punição, ao invés de tratamento voluntário para os usuários dependentes.

Ademais, devido a esta escolha punitiva, um dos efeitos mais aviltantes da política repressiva contra as drogas e outro exemplo de violação dos direitos humanos é o super encarceramento, verificado especialmente na América Latina (METAAL; YOUNGERS, 2011), mas também nos Estados Unidos (BEWLEY-TAYLOR, D.; TRACE, M.; STEVENS, 2005; BEWLEY-TAYLOR D.; HALLAM, C.; ALLEN, R., 2009), onde as repressivas leis de drogas, com longas penas de prisão, são um fator-chave para o aumento do encarceramento e a superpopulação carcerária. Milhões de pessoas presas por tráfico de drogas ou mesmo por posse de drogas em alguns países recebem penas desproporcionais e severas, o que gera impactos diretos nos sistemas penitenciários dessas regiões, inclusive no Brasil, atualmente ocupante do quarto lugar mundial em número absoluto de presos. (BOITEUX, 2014)

Nesse sentido, verifica-se que, contrariamente às convenções sobre drogas, que recomendam a prisão como sanção para crimes relacionados às drogas, as Regras Mínimas das Nações Unidas para Medidas não Privativas de Liberdade (Regras de Tóquio), preveem normas acerca da prevenção de crimes e administração da justiça e convocam os estados membros a “desenvolverem medidas não privativas de liberdade em seus sistemas jurídicos a fim de fornecer

opções que reduzam o uso da prisão e racionalize as políticas de justiça criminal, tendo em conta a observância dos direitos humanos, as exigências de justiça social e as necessidades de reabilitação do ofensor.” As contradições chamam a atenção, uma vez que, em 2012, o texto final da Resolução da Comissão de Drogas Narcóticas (CND) 55/2012, que tratava das “alternativas ao encarceramento para certos crimes como estratégia para promoção da saúde pública e segurança pública” optou por não promover as alternativas à prisão como recomendado pelas Regras de Tóquio. Isso se deu em virtude da posição de alguns países que não concordaram em “prover alternativas ao encarceramento” como “medidas necessárias para promover a integração com respeito pelos direitos humanos”. Desta forma, a expressão “por alguns países membros” foi adicionada ao texto, o que significa, essencialmente, que não se chegou a um acordo sobre o assunto entre os signatários.

Assim, a rejeição às penas alternativas à prisão e a priorização do encarceramento no bojo de uma política de drogas repressiva podem ser identificadas como causas diretas para o aumento do encarceramento em todo mundo. Neste sentido, os tratados de direitos humanos são violados por meio da aplicação das convenções de drogas quando condenados por crimes ligados às drogas são confinados em instalações superlotadas, que violam o direito de não ser submetido a tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante. (NAÇÕES UNIDAS, 1966, art. 7º)

Outra questão importante diz respeito à proporcionalidade. Tal princípio impõe diferenças e equilíbrio nas sanções e penas que não são reconhecidos na maioria das leis de drogas em todo o mundo, especialmente em relação aos critérios de gravidade, ou seja, quando a ofensa é ato preparatório ou crime consumado. Os limites máximos da resposta estatal a um determinado crime (gravidade da conduta e adequação da pena imposta) devem obedecer a esse princípio e respeitar normas estabelecidas em instrumentos legais de direitos humanos como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, por exemplo. No entanto, em muitos países, como no Brasil, as leis de drogas são desproporcionais e impõem punições excessivas em desconformidade, portanto, com o direito internacional.

Para além das consequências humanas, as prisões têm ainda custos econômicos muito altos, sendo que grande parte dos investimentos públicos são direcionados para a política de repressão ao invés da prevenção, na medida em que se preconiza o encarceramento de pessoas por crimes não violentos ligados às drogas e se rejeita alternativas.

Diante do alto custo do encarceramento, percebe-se que intervenções eficazes baseadas em políticas que preconizam a saúde pública têm seus fundos desviados para medidas repressivas com pouca efetividade (BARRET, 2010). Já foi também documentado que não só o uso de drogas com compartilhamento de seringas, mas também o encarceramento em instalações superlotadas, aumentam a exposição a contaminação pelo vírus HIV, confirmando que as leis de drogas repressivas acarretam violações aos direitos das pessoas.

Além disso, embora os organismos de direitos humanos das Nações Unidas considerem que a pena capital por delitos de drogas constitui violação ao direito internacional, ainda existem muitos países que aplicam este castigo extremo para traficantes de drogas, como a Indonésia, por exemplo, que recentemente inclusive executou dois brasileiros condenados por tráfico de cocaína. Historicamente, “a pena de morte por delitos de drogas tornou-se mais prevalente após a adoção da Convenção de 1988 contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas” (GALLAHUE et al., 2012). A Anistia Internacional já registrou cerca de trinta países que aplicam penas de morte para delitos envolvendo drogas.¹⁹ Este é um exemplo claro e extremo de que tal política não está em conformidade com os instrumentos jurídicos sobre a abolição da pena de morte²⁰, com a Convenção contra a Tortura e outros tratamentos

¹⁹ Nesses países, por delitos de drogas entende-se desde tráfico de heroína até a posse de pequena quantidade de maconha. Em 2015, pessoas foram condenadas à morte por crimes de drogas na Arábia Saudita, China, Emirados Árabes Unidos, Indonésia, Irã, Kuwait, Malásia, Sri Lanka e Vietnã. Cf. <https://anistia.org.br/e-pena-de-morte-uma-resposta-aos-crimes-relacionados-drogas/>. Segundo a Anistia Internacional, 2015 foi o ano com maior número de execuções nos últimos 25 anos. Vide <https://anistia.org.br/noticias/pena-de-morte-em-2016-o-maior-numero-de-execucoes-registradas-dos-ultimos-25-anos/>

²⁰ NAÇÕES UNIDAS. Resolução da Assembleia Geral 2857 (XXVI) de 20 de dezembro de 1971: garantias para a proteção dos direitos de pessoas sujeitas a pena de morte (Resolução do Conselho Econômico e Social 1984/50, de 25 de maio de 1984). Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. (Resolução da Assembleia Geral 3452 (XXX) de 9 de dezembro 1975)

ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (NAÇÕES UNIDAS, 1975), nem com o Segundo Protocolo Adicional ao Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos com vista à Abolição da Pena de Morte. (NAÇÕES UNIDAS, 1984)

Por fim, verifica-se na prática que crimes ligados às drogas não se encaixam na categoria de “crimes de alta gravidade” para o qual a pena de morte poderia, eventualmente, ser implementada, antes de sua abolição, nos casos ainda excepcionalmente admitidos.²¹ Nos termos do direito internacional e das jurisprudências em direitos humanos, a pena capital é limitada a “casos em que pode ser demonstrado que a intenção de matar resultou em perda da vida” como mencionado pelo relator especial sobre execuções extrajudiciais ou arbitrárias (ALSTON, 2007, par.53) e também pela Corte Interamericana de Direitos Humanos. (no Caso Raxcacó-Reyes v. Guatemala, 2005, p.69)

Além dessas acima referidas, a longa lista de ameaças e violações aos direitos humanos como resultado da aplicação da legislação de drogas também inclui a criminalização do usuário, violações às garantias individuais em casos criminais envolvendo drogas, e a proibição do consumo de substâncias como a folha de coca, tradicionalmente consumidas na região dos Andes, na América do Sul, como se verá a seguir.

■ **Tratados de Direitos Humanos e obrigações gerais criminalizantes relacionados com a posse de drogas para uso pessoal**

Como já visto, é amplamente conhecido que as três convenções internacionais estabelecem obrigações gerais em matéria de controle de drogas. Isso significa que os países que assinaram tais tratados devem tomar medidas legislativas e administrativas para adequar sua legislação interna aos paradigmas destas convenções. A seção

Ver também o Compêndio das Nações Unidas de Padrões e Normas sobre Prevenção ao Crime e Justiça Criminal, ST / CSDHA / 16.

²¹ “Alto Comissariado das Nações Unidas pede foco nos direitos humanos e na redução de danos na política internacional de drogas”, press release, Nações Unidas, 2009; Relatório do Secretário-Geral das Nações Unidas, pena de morte e implementação de garantias para a proteção dos direitos das pessoas condenadas à pena de morte, ECOSOC, 18.12.09.

anterior demonstrou que parte destas convenções estão em conflito com padrões e normas de direitos humanos.

Nesse momento serão analisadas as disposições que tratam especificamente do uso e da posse de drogas nos tratados sobre drogas e sua desconformidade com as normas que formam o núcleo do Sistema das Nações Unidas.

Quanto ao âmbito de aplicação das Convenções, os Preâmbulos das Convenções de 1961 e 1971 mencionam dois importantes aspectos que baseiam o compromisso dos estados-parte: (a) a saúde e bem-estar da humanidade; e (b) a indispensabilidade do uso medicinal de substâncias psicoativas para o alívio da dor e do sofrimento. A Convenção de 1988 alargou o âmbito do sistema internacional de controle e trouxe outras razões que justificou a criação de uma terceira convenção vigente sobre drogas. Tal documento de 1988 menciona o tráfico ilícito como uma atividade criminosa internacional, a ligação entre o tráfico de drogas e substâncias psicotrópicas e outros crimes, o envolvimento de crianças no mercado de drogas e, mais uma vez, a ameaça grave para a saúde e bem-estar da humanidade. Por mais que saibamos que preâmbulos não têm carácter vinculativo, sua importância consiste em ser um elemento chave para interpretação, como dispõe a Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados, de 1969, em seu artigo 31 (1).

Assim, pelo texto dos preâmbulos, pode-se dizer que o controle de substâncias psicoativas foi considerado necessário pela comunidade internacional tendo por base os danos em que seu uso pode causar, que não está ligado apenas à saúde pública, mas também ao desenvolvimento social e econômico dos países. Tais danos foram, inclusive, apontados pela Resolução 39/141, pela Declaração de Quito contra drogas e pela Declaração de Nova Iorque contra o Tráfico e o Uso de Drogas Ilícitas. As discussões da comunidade internacional realizadas nessas ocasiões foram importantes para aumentar a consciência da Assembleia Geral da ONU sobre a necessidade de um novo tratado contra as drogas.

A partir dos anos 1970 e 1980, no entanto, visões mais liberais sobre drogas, originárias da década de 1960, deslocaram a questão e a reação foi passar a relacionar a repressão às drogas com o reforço

da perspectiva da segurança nacional e do direito penal e, neste contexto, o uso de drogas passou a ser visto como uma ameaça para o bem-estar da sociedade. A fim de eliminar este perigo, uma guerra foi declarada (“a guerra às drogas”), e as leis passaram a ser usadas como estratégias de proteção da sociedade. A pessoa definida como traficante de drogas passou a ser um dos alvos mais importantes da repressão, pelo fato de fornecer drogas para usuários que passaram a ser tutelados pelo estado.

Zaffaroni (1982) chama a atenção para uma noção sem qualquer relação com a realidade: a de que usuários de drogas seriam dependentes de substâncias ilícitas e, por este motivo, cometeriam infrações penais graves. O autor afirma também que as leis latino americanas, inspiradas em Convenções internacionais sobre drogas, especialmente aquelas conectadas à “geração da guerra contra às drogas” do final de 1980, baseiam-se no estereótipo do “jovem usuário de drogas, *viciado* e criminoso.” Desta forma, proibir o uso de drogas seria uma maneira de garantir suposta segurança social e econômica.

Não é nenhuma surpresa, portanto, que os preâmbulos das Convenções sobre drogas enfatizem como objetivo o de limitar o uso de drogas apenas para fins médicos e científicos. O artigo 4 da Convenção de 1961 estabelece a obrigação geral de “tomar as medidas legislativas e administrativas, conforme necessário, sem prejuízo das disposições da presente Convenção, para limitar a fins exclusivamente médicos e científicos a produção, manufatura, exportação, importação, distribuição, o comércio, o uso e posse de drogas”. A Convenção de 1988 vai ainda mais longe e impõe a penalização de algumas destas ações (quando cometidas intencionalmente), o que significa que todos os países devem transformá-las em infrações penais.

Contudo, a proibição da utilização privada de algumas substâncias, previstas nos tratados de drogas, acarreta a violação do direito à intimidade da pessoa, ou seja, o de impedir as intromissões arbitrárias ou ilegais na vida privada, familiar e em sua própria casa, direito este garantido pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (ICCPR) (NAÇÕES UNIDAS, 1966, art. 17), bem como

o direito de não ser discriminado (NAÇÕES UNIDAS, 1966, art. 12) que são atingidos em nome dos tratados de controle de drogas, com a criminalização da conduta do usuário.

Proibir o uso de drogas configura uma limitação arbitrária ao direito à privacidade - consagrado em instrumentos de direitos humanos, especialmente porque os países querem proibir as pessoas de usarem drogas dentro de suas casas. Os usuários se apresentam como uma das principais preocupações legais nas convenções de drogas, mas a principal estratégia repressiva adotada inverte a prioridade: ao invés de serem vistos como pessoas portadoras de direitos que podem eventualmente precisar de assistência à saúde, são tratados pela lei da maioria dos países como criminosos.

No que se refere mais especificamente à posse de drogas, as convenções de drogas proíbem tal conduta quando esta se destina à produção, fabricação, extração, preparação, oferta, oferta para venda, distribuição, venda, entrega em quaisquer condições, intermediação, expedição, expedição em trânsito, transporte, importação ou exportação de qualquer estupefaciente ou qualquer substância psicotrópica contrária às disposições das três Convenções sobre drogas.

Portanto, a obrigação geral trazida pela Convenção Única não obriga as partes a considerar o consumo de drogas como um crime, nem mesmo pelas Convenções de 1971 ou 1988. Uma leitura atenta das disposições penais dos tratados (artigo 36 da Convenção Única, artigo 22 da Convenção de 1971, e no artigo 3º. da Convenção de 1988) revela a desconexão entre esta orientação genérica de proibição e a criminalização obrigatória de certa conduta. Na lista de ações que devem tornar-se infrações penais no direito interno das partes não é possível encontrar o termo “uso” por si só. Portanto, podemos dizer que não há nenhuma obrigação específica de criminalizar o uso de drogas dentro de qualquer uma das convenções.

O problema se torna mais complexo se dirigirmos nossa atenção à “posse para uso pessoal” porque a posse é uma das ações que as partes deveriam definir como crime de acordo com o atual sistema de controle de drogas. No entanto, existem dois tipos de posse: a posse para o tráfico de drogas e condutas afins e a posse para o uso pessoal. Não há dúvida de que os signatários são obrigados a

criminalizar o primeiro, enquanto a penalização do segundo tipo é questionada.

Boister (2001, p.81) afirma, em relação à Convenção Única, que “não parece que o artigo 36 (1) obriga as partes a criminalizar a posse de drogas para uso pessoal”, uma vez que a ideia principal da Convenção de 1961 é a proibição do tráfico ilícito de drogas e não a proibição do uso. Antecedentes históricos ratificam esta ideia, pois nos esboços da Convenção o artigo 36 era originalmente intitulado “medidas contra traficantes ilícitos.” (NAÇÕES UNIDAS, 1973, p. 112)

A discussão se torna ainda mais complexa se nos concentrarmos no artigo 3 (2) da Convenção de 1988. Embora em uma primeira leitura possa parecer que existe a obrigação das partes em transformar a posse para uso em um crime, duas considerações devem ser levadas em conta antes desta conclusão. Embora constitua um grave paradoxo legal, a proibição do uso de drogas – e, como consequência, sua posse e cultivo – é contrária às normas de direitos humanos. As Convenções sobre drogas, neste sentido, não levaram em consideração as violações que promovem quando tentamos obrigar os países a punirem o consumidor de drogas. Esta falta de atenção aos padrões de direitos humanos foi atenuada pela redação dos tratados, como por exemplo na frase de abertura do artigo 3, seção 2 que dispõe que: “sem prejuízo ao princípio constitucional e conceitos fundamentais do sistema jurídico.” Este fragmento é chamado de “cláusula de salvaguarda” (NAÇÕES UNIDAS, 1973, p. 81) e significa que uma parte não viola a Convenção caso seu direito interno considere inconstitucional a criminalização da posse de drogas para uso pessoal, ou contrário aos seus princípios básicos.

Podemos dizer, portanto, que existe a possibilidade de um estado-parte decidir não promover a criminalização da posse de drogas para uso pessoal prevista no artigo 3º., seção 2 da Convenção de 1988 em suas leis internas, por meio da utilização da cláusula de salvaguarda. Assim, o país pode justificar que, de acordo com o seu sistema de direito interno, não existe o interesse social em criminalizar a posse de drogas para uso pessoal, ou que controlar o que as pessoas consomem ou possuem dentro de suas casas seria uma violação ao direito à privacidade ou, ainda, que o comportamento

autodestrutivo não pode ser sujeito à punição. (BEWLEY-TAYLOR; JELSMA, 2012)

É importante mencionar que a existência de tal cláusula é bastante rara no sistema internacional. Em verdade, o direito internacional prevê o oposto, ou seja, que os Estados não podem invocar o seu ordenamento jurídico interno como justificativa para o não cumprimento de regras internacionais (art. 27 da Convenção de Viena de 1969). Destacando a predominância do direito constitucional e os princípios básicos de sistemas legais internos, a Convenção de 1988 possibilitou que as partes permaneçam dentro do quadro estabelecido pelo tratado ainda que prevejam políticas não punitivas em relação à posse (valendo também para compra e cultivo) de drogas para uso pessoal. A Convenção de 1988 ainda estabelece algumas alternativas à condenação e punição, como o tratamento, educação, pós-tratamento, reabilitação e reintegração social. No entanto, essas alternativas são oferecidas apenas em casos em que a parte criminaliza a posse de drogas para uso pessoal.

Tentou-se demonstrar aqui que as convenções sobre drogas não expressam sua intenção de proibir o uso de drogas, embora as políticas adotadas e as medidas necessárias visem a limitar ou eliminar o consumo destas substâncias. Por um lado, o seu principal objetivo é o de controlar o tráfico de drogas. De outro, os tratados preveem indiretamente normas contra a posse, compra e cultivo de drogas para uso pessoal, violando normas de direitos humanos.

Há, portanto, um refúgio no sistema estabelecido para os países que se desviam de políticas punitivas e adotam estratégias de redução de danos, por meio da afirmação expressa da prevalência dos ordenamentos jurídicos nacionais em casos de posse para consumo. No entanto, como falamos anteriormente, mesmo a expressão “redução de danos” foi banida de todos os documentos escritos pela CND, (CROCKET, 2010) ou seja, não há propriamente um incentivo a que países usem essa salvaguarda, pelo contrário, esta acaba sendo ignorada no cotidiano dos órgãos de controle.

A seguir, veremos outro caso específico violação a tratados de direitos humanos e direitos sociais específicos: a proibição do cultivo da planta da coca, típica dos países andinos.

■ Proibição da Folha de Coca e violação de Direitos sociais e culturais

A proibição absoluta do cultivo e do uso da folha de coca, juntamente com seus alcaloides cocaína e ecgonina, foi prevista na Convenção Única da ONU de 1961. A erradicação dos arbustos ilegais deveria ocorrer em um período de 25 anos. O artigo 26, parágrafo 2º.²² da Convenção Única de 1961 indica que as partes “procederão à erradicação de todos os arbustos de coca que cresçam em estado silvestre e destruir os que se cultivam ilícitamente.” Ainda, o artigo 49 (2) (e) previa que a mastigação da folha de coca deveria ser abolida dentro de 25 anos após sua entrada em vigor.²³

A proibição advinda desta Convenção baseia-se em um informe elaborado em 1950 pela Comissão de Estudo das folhas de Coca promovida pelo ECOSOC²⁴, que chegou à conclusão de que os efeitos da mastigação da planta eram aditivos e, portanto, negativos. Este informe, no entanto, foi duramente criticado por seus integrantes, por conta de sua imprecisão técnica, metodológica e, principalmente, por suas conotações racistas.

Para além das questões que envolvem os problemas metodológicos e científicos deste documento de 1950, há de se considerar a inexistência de um “diálogo intercultural” na construção do texto. (SOUSA SANTOS, 2002) Ao proibir o uso tradicional da folha de coca, as convenções sobre drogas não estão abertas à criação de normas mutuamente inteligíveis entre as culturas andina e ocidental, e

²² Artigo 26 da Convenção Única de 1961: Arbusto e fôlhas de coca “1. As Partes que permitem o cultivo do arbusto de coca aplicarão ao mesmo e às fôlhas de coca o sistema de fiscalização estabelecido no artigo 23 para a fiscalização da dormideira. Com referência, porém ao inciso D do Parágrafo 2 do mesmo artigo a única exigência imposta ao organismo nacional de fiscalização é de tomar posse material das cotheitas logo após a sua terminação”.

²³ Artigo 49, 2, e da Convenção Única de 1961: 1. Ao assinar, ratificar ou aderir à Convenção, qualquer Parte poderá reservar-se o direito de autorizar, temporariamente, em qualquer de seus territórios. 2 As reservas formuladas em virtude do parágrafo 1, ficarão sujeitas às seguintes restrições: e) a mastigação da fôlha de coca deverá ser abolida dentro de 25 anos após a entrada em vigor da presente Convenção nos termos do parágrafo 1 do artigo 41.

²⁴ “La controversia alrededor del acullico, practicado por cerca del 12% de la población boliviana, tiene más de 60 años. Empezó en 1950, cuando surgió un informe de la Comisión de la ONU de investigación sobre la hoja de coca, en el que su jefe, Howard B. Fonda, afirmó que la masticación “es causa de la degeneración racial” y “la decadencia que muestran numerosos indios e incluso algunos mestizos en ciertas zonas de Perú y Bolivia. Nuestros estudios confirmarán la certeza de nuestras afirmaciones y esperamos presentar un plan para abolir este hábito pernicioso.” (SALGAR ANTOLINEZ, 2012) Vide também Transnational Institute 2012.

as populações que fazem uso da planta se tornam meros designados de normas jurídicas, sem fazer parte de maneira ativa na construção e criação do direito. (ZIZEK, 2007)

A partir da Convenção de 1961, o modelo repressivo se intensificou com a Convenção de 1988 contra o Tráfico. As plantas que eram consideradas matéria-prima de estupefacientes não foram ignoradas e a proibição de seu cultivo se tornou absoluta. Seu texto previa, no artigo 14, medidas “para erradicar o cultivo ilícito” de plantas das quais se extraem entorpecentes”, sendo este um dos seus principais objetivos e determinava a caracterização como “delitos penais”, em seu artigo 3º (ii): “o cultivo de sementes de ópio, do arbusto da coca ou da planta de *cannabis*, com o objetivo de produzir entorpecentes, contra o disposto na Convenção de 1961 em sua forma emendada.”

A justificativa para todas as medidas de controle repousava na argumentação de que o uso de drogas seria nocivo à saúde, assim como representaria um “mal” para a ordem social. Portanto, caberia à Organização das Nações Unidas criar condições para se estabelecer uma “ação coordenada no marco da cooperação internacional” com o fim de “erradicar o tráfico ilícito” e “suprimir” o “uso indevido de drogas”. No entanto, embora seja um fato cientificamente constatado – a diferenciação da folha de coca e da cocaína – as duas passaram a ter o mesmo *status* jurídico na legislação internacional.

Desta forma, percebe-se que os tratados internacionais foram elaborados mantendo classificações inexatas dessas substâncias, e os resultados disso são sentidos intensamente em países como a Bolívia, Peru e Colômbia. Pode-se afirmar que os motivos da classificação análoga da coca e cocaína não são frutos de desinformação, mas parte de estratégias de “combate” à produção e consumo de cocaína. A maneira como são construídas as argumentações que identificam coca e cocaína no campo semântico das políticas de drogas é facilmente percebido quando se analisam os textos das três convenções internacionais dedicadas ao tema. (CHERNICHARO; BOITEUX, 2012)

Mais recentemente, no entanto, além de reformas constitucionais, a Bolívia vem discutindo a questão da folha de coca e todo o

aparato diplomático que envolve o tema. Alguns fatos marcaram a decisão da Bolívia, de forma bastante enfática, em relação ao assunto, como, por exemplo, a expulsão do embaixador americano na Bolívia e a expulsão da DEA (Drug Enforcement Authority) do país. Tendo por base a nova Constituição Boliviana, em março de 2009, Evo Morales enviou uma carta à Secretaria Geral da ONU pedindo a suspensão dos parágrafos 1C e 2E do artigo 49 da Convenção Única, parágrafos que indicavam a erradicação da folha de coca em 25 anos, justamente pelo fato desta se contrapor às normas constitucionais internas.

Em resposta ao movimento do Governo Boliviano, à época, dezessete países liderados pelos Estados Unidos contestaram a proposta da Bolívia que, em julho de 2011 se retirou da Convenção Única de 1961, por considerar ilegítima a forma com que a organização trata a planta da coca. Em 2013, o país voltou a aderir à Convenção, mas com reservas em relação a erradicação da folha de coca. Com esta medida, o país reconciliava suas obrigações internacionais no âmbito do sistema de controle de drogas com sua Constituição. O fato é que, desde 1961, quando a folha de coca foi incluída na lista de substâncias proibidas, nenhuma distinção adequada entre a planta e a cocaína foram feitas sendo o grande questionamento feito pelos povos andinos o fato de que não se pode igualar coisas tão diferentes.

Todo esse esforço diplomático teve influência do multiculturalismo, que busca superar o modelo universalista, por meio do diálogo intercultural que foca em questões isomórficas. (SOUSA SANTOS, 2002) Isto significa que, embora eles derivem de universos diferentes, podem ser transformados em uma unidade em que os valores das posições divergentes são, em sua maioria, preservados. O fato da folha de coca ser matéria prima da cocaína (um conceito ocidental) não significa que deva ser extinta, especialmente pela sua utilização – de maneira muito diferenciada – por uma outra cultura.

Além disso, não se poderia deixar de mencionar aqui os direitos dos povos indígenas, reconhecidos pela ONU formalmente em 2007, que se tornou um marco em matéria de direitos humanos, que reconheceu direitos aos povos nativos, sem que as políticas internacionais de controle de drogas jamais tivessem reconhecido. Por-

tanto, as disposições da Convenção Única de 1961 estão claramente em oposição a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2008), que visa proteger, respeitar e valorizar as práticas culturais dos povos nativos, como se verifica em seu artigo 8 (1): “os povos e pessoas indígenas têm direito a não sofrer assimilação forçada ou a destruição de sua cultura”. A erradicação forçada da folha de coca e todo o processo que dela advém constitui uma clara violação a esta disposição, no reconhecimento da cultura andina diante dos seus diferentes valores e normas da cultura cristã-ocidental.²⁵

É inegável que tais documentos internacionais se contradizem pois, por um lado, as convenções de drogas valoram negativamente o hábito milenar da mastigação da coca e estabelecem a obrigação de erradicar tais plantas, enquanto, por outro lado, a Declaração traz, pelo menos, alguns padrões mínimos de respeito pela cultura desses povos.

O Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos também é um documento relevante sobre a proteção dos direitos à liberdade de pensamento, consciência e de religião. Como consequência, considera-se que as pessoas são livres para escolher a sua religião ou crença; professar a sua fé religiosa individual ou coletivamente, em público ou em privado; e manifestar sua religião ou crença em culto, observação, prática e ensino. O parágrafo terceiro do artigo 18, (1)²⁶ do mesmo texto traz uma restrição que poderia ser considerada uma disposição legal para criminalizar certas práticas de algumas religiões. O artigo afirma que “a liberdade de manifestar a própria religião ou as próprias crenças estará sujeita apenas às limitações prescritas pela

²⁵ Vide o artigo 11, seção 1, e no artigo 12.º, n.º 1, da Declaração da ONU sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2008) - Artigo 11.1. “Os povos indígenas têm o direito de praticar e revitalizar suas tradições e costumes culturais. Isso inclui o direito de manter, proteger e desenvolver as manifestações passadas, presentes e futuras de suas culturas, tais como sítios arqueológicos e históricos, utensílios, desenhos, cerimônias, tecnologias, artes visuais e interpretativas e literaturas.” Artigo 12.1. “Os povos indígenas têm o direito de manifestar, praticar, desenvolver e ensinar suas tradições, costumes e cerimônias espirituais e religiosas; de manter e proteger seus lugares religiosos e culturais e de ter acesso a estes de forma privada; de utilizar e dispor de seus objetos de culto e de obter a repatriação de seus restos humanos.”

²⁶ Artigo 18.1. Toda pessoa terá direito a liberdade de pensamento, de consciência e de religião. Esse direito implicará a liberdade de ter ou adotar uma religião ou uma crença de sua escolha e a liberdade de professar sua religião ou crença, individual ou coletivamente, tanto pública como privadamente, por meio do culto, da celebração de ritos, de práticas e do ensino.

lei que sejam necessárias para proteger a segurança pública, ordem, saúde ou moral, ou os direitos fundamentais e liberdades de outrem.” No entanto, em relação à folha de coca, não existem evidências que comprovem que a mastigação milenar pelos povos nativos ou o uso do chá de coca apresentem risco para a segurança pública, ordem ou saúde. Pelo contrário, pesquisas indicam exatamente o oposto: em 1995, a Organização Mundial da Saúde concluiu que “o uso de folhas de coca parece não ter efeitos negativos na saúde e apresenta funções terapêuticas, sagradas, e sociais positivas para as populações indígenas andinas.” (WHO; UNICRI, 1995)

Além disso, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos é outro importante documento regional para esta discussão, especialmente em seu artigo 12, seções 1 e 2, que tratam da liberdade de consciência e de religião.

Internamente, a Constituição da Bolívia de 2009 reconhece o país como um Estado plurinacional e estabelece a proteção à folha de coca por se tratar de uma planta nativa, cultivada por seus antepassados sendo esta considerada um patrimônio cultural e natural, que contribui para a coesão social. A Constituição também estabelece que a produção, comércio e industrialização da folha de coca são atividades reguladas pela lei boliviana, a lei 1008. Tal lei, aprovada em 2008, estabelece o regime de tratamento à folha de coca e a outras substâncias controladas.

É importante ressaltar, por outro lado, que a Bolívia faz parte do grupo de países em que o crime de tráfico é punido severamente, de maneira desproporcional a outros crimes quando se verificam os danos causados e os bens jurídicos protegidos.²⁷ O crime de homicídio, por exemplo, tem pena menor que o crime de tráfico de drogas. Desta forma, é evidente que a Bolívia integra a política proibicionista em relação às drogas, no entanto, indica sua ressalva em relação à planta de coca para fins tradicionais.

Nesse caso, para assegurar o controle sobre a cocaína (em termos legais e teóricos), seria suficiente o uso de uma classificação geral que se referisse a “pasta base” ou a “pasta de coca” e não à folha de coca, isto é, a planta de coca em si. Esta mudança faria com que

²⁷ Vide Metaal e Youngers (2011).

o problema da cocaína fosse situado onde ele realmente pertence: longe dos povos indígenas e mais perto do mundo ocidental.

A grande contradição entre as convenções internacionais de drogas e as normas de direitos humanos advém, ainda, do fato da política internacional antidrogas valorar de maneira negativa o hábito milenar de cultivo, consumo, venda e uso ritualístico, social e medicinal da folha de coca. As relações entre os diferentes atores envolvidos nestas atividades não foram alteradas de maneira voluntária, mas forçadas por uma nova dinâmica que foi imposta externamente. Percebe-se que as políticas de controle de drogas são um exemplo de como poderosos agentes podem mudar o destino de indivíduos em países com posições subordinadas no sistema internacional.

É evidente, pelo exposto, que a comunidade internacional deve repensar a questão da folha de coca de forma distinta da cocaína, no sentido de implementar uma política democrática pluralista que se baseie não em normas proibitivas impossíveis de serem cumpridas, mas no respeito à diversidade e aos direitos humanos.

■ Conclusões

O sistema de controle de drogas da ONU é visto por certos atores internos como um corpo isolado do resto das Nações Unidas, apesar de não haver base normativa para esta suposição. Este se pretende como um modelo uniforme de controle que submete determinadas substâncias a um rigoroso regime de proibição internacional, desconsiderando o uso terapêutico e médico destas substâncias, focando na criminalização da posse e do tráfico de drogas, tendo a pena de prisão como opção principal, rejeitando alternativas. Nas Convenções de drogas, medidas eficazes como o tratamento e a prevenção do abuso de drogas ilícitas são considerados de menor importância, bem como há forte rejeição de sanções alternativas na esfera penal e de medidas de redução de danos na esfera da saúde. Para além de outras violações dos direitos humanos como visto acima, o sistema de controle de drogas, além de atentar contra direitos individuais, não reconhece direitos culturais das comunidades originais e povos indígenas em relação a usos tradicionais, como da folha de coca.

Ainda que uma leitura crítica dos termos das convenções permita interpretações menos repressivas, pelo menos no que diz respeito à criminalização da posse de drogas, na realidade, o seu discurso é direcionado a uma solução repressiva, ao invés de traçar alternativas de descriminalização ou da utilização de medidas não privativas de liberdade. A humanização do sistema de controle internacional de drogas é imperativo, a fim de colocar os seres humanos em seu centro: o reconhecimento dos direitos, a promoção da saúde pública com base no entendimento, no diálogo e na informação e no respeito pelo outro. A construção das Nações Unidas foi baseada na paz e nos direitos humanos, e não é razoável acreditar na credibilidade da construção de um sistema autoritário apenas para promoção de uma irracional guerra às drogas, violando os direitos humanos sob o mesmo guarda-chuva institucional da ONU.

Uma abordagem de direitos humanos na legislação de drogas é essencial para evitar e reduzir injustiças e violações da dignidade humana. Sua aplicação produziria uma verdadeira transformação no sistema atual de controle de drogas, e pode levar à sua substituição por um novo: humanitário, democrático e respeitador de direitos. Não há, nem pode haver, qualquer justificação ou possíveis exceções para o não reconhecimento dos direitos humanos na aplicação de convenções de drogas. Por uma questão de hierarquia dos valores humanos, os tratados de direitos humanos devem sempre prevalecer sobre as convenções de drogas. É tempo do reconhecimento de uma nova ordem para o controle de drogas com base estritamente na razão humanitária.

Referências

ALSTON, P. **Report of the Special Rapporteur on extrajudicial summary or arbitrary executions.**A/HRC/4/20. New York: United Nations General Assembly, 2007. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.24.Add6.pdf>.> Acesso em: 25 out 2016.

BARRETT, D. Security, development and human rights: normative, legal and policy challenges for the international drug control system. **International Journal of Drug Policy**, v. 21, n. 2, 2010, p.140-144,

BEWLEY-TAYLOR, D.; JELSMA, M. **UN drug control conventions: the limits of latitude**. Amsterdam: Transnational Institute, 2012. [Series on Legislative Reform of Drug Policies, 18]. Disponível em: <>. Acesso em: 25 out 2016.

BEWLEY-TAYLOR, D.; TRACE, M.; STEVENS, A. **Incarceration of drug offenders: costs and impacts**. London: The Beckley Foundation Drug Policy Programme. Briefing Paper Seven, 2005. Disponível em: <http://www.iprt.ie/files/incarceration_of_drug_users.pdf> Acesso em: 25 out 2016.

BEWLEY-TAYLOR, D.; HALLAM, C.; ALLEN, R. **The incarceration of drug offenders: an overview**. London: The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Report Sixteen, 2009. Disponível em: <http://beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/BF_Report_16.pdf> Acesso em: 25 out 2016.

BLICKERMAN, T. **Human rights and drug control**. Amsterdam: Transnational Institute, 2008. Disponível em: <<http://www.druglawreform.info/en/weblog/item/2007>>. Acesso em: 25 out 2016.

BOITEUX, L. Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária e alternativas. In: SHECAIRA, S.S. **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014. p. 83-105.

CANÇADO TRINDADE, A.A. Jus cogens: the determination and the gradual expansion of its material content in contemporary international case law. In: COMITÉ JURÍDICO INTERAMERICANO (OAS). **35o. Curso de Derecho Internacional**. Washington, D.C.: Secretary General of OAS, 2009. p.3-29.

CHERNICHARO, L. P.; BOITEUX, L. Da folha de coca à cocaína: os direitos humanos e o impacto das políticas internacionais de drogas nas populações nativas da Bolívia. In: CONGRESSO NACIONAL DO CONPED, 21, 2012, Uberlândia. **Anais**. Uberlândia, 2012. p. 7022-7052.

CHIU, J. V.; BURRIS, S. C. **Punitive drug law and the risk environment for injecting drug users: understanding the connections**. Social Science Research Network, 2012. Disponível em: <<http://ssrn.com/abstract=2102841>> or <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2102841>>. Acesso em: 10 mar 2013.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Raxcacó-Reyes v. Guatemala**, 2005. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_133_ing.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

CROCKET, A. The function and relevance of the Commission in Narcotic Drugs in the pursuit of humane drug policy [or the ramblings of a bewildered diplomat]. **International Journal on Human Rights and Drug Policy**, v. 1, 2010.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Alternatives to imprisonment:** targeting offending problem drug users in the EU [Annual report]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2005. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_37288_EN_sel2005_2-en.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

GALLAHUE, P. et al. **The death penalty for drugs:** global overview tipping the scales for abolition. London: International Harm Reduction Association, 2012. Disponível em: <www.ihra.net/files/2012/11/13/Death_penalty_2012_Tipping_the_Scales_Web.pdf>. Acesso em: 11 abr 2013.

GROVER, A. **Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.** A/65/255. New York: United Nations General Assembly, 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 25 out 2016.

HUMAN RIGHTS WATCH. **The Rehab Archipelago:** Forced labor and other abuses in drug detention centers in Southern Vietnam. New York: Human Rights Watch, 2011. Disponível em: <<http://www.hrw.org/reports/2011/09/07/rehab-archipelago>>. Acesso em: 25 out 2016.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). **Report on the availability of internationally controlled drugs:** Ensuring adequate access for medical and scientific purposes. Vienna: International Narcotics Control Board, 2011a. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2011/03-marco/Jife/ReportoftheBoardontheavailabilityofcontrolled_substances.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Report of the International Narcotics Control Board.** Vienna: International Narcotics Control Board, 2011b. Disponível em:

<https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf> Acesso em: 25 out 2016.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). **Thematic briefings on human rights and drug policy.** Blog: Harm Reduction International, 2010. Disponível em: <http://www.ihra.net/contents/804>>. Acesso em: 25 out 2016.

METAAL, P.; YOUNGERS, C. **Systems overload:** Drug laws and prisons in Latin America. Amsterdam: Transnational Institute, 2011. Disponível em: <https://www.tni.org/files/tni-systems_overload-def.pdf>. Acesso em 25 out 2016.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **American Convention on Human Rights.** Disponível em: <http://www.oas.org/dil/treaties_B-32AmericanConventiononHumanRights.htm>. Acesso em: 25 out 2016.

SALGAR ANTOLINEZ, D. **A debatir la ley de coca: Informe de la ONU que se opone al uso tradicional de la planta data de 1950**. El Espectador (Colombia), 2012. Disponível em: <<http://www.undrugcontrol.info/es/quienes-somos/en-la-prensa/item/3279-a-debatir-la-ley-de-la-coca>> Acesso em: 25 out 2015.

SOUSA SANTOS, B. Towards a multicultural conception of human rights. In: HERNANDES-TRYOL, B. (Ed.). **Moral imperialism: A critical anthology**. New York: New York University Press, 2002. p. 39-60.

TRANSNATIONAL INSTITUTE. **Fact sheet: coca leaf and drugs conventions**. Amsterdam: Transnational Institute. Disponível em: <<https://www.tni.org/en/publication/fact-sheet-coca-leaf-and-the-un-drugs-conventions>>, 2012. Acesso em: 10 Mar 2013.

NAÇÕES UNIDAS. Carta das Nações Unidas (**Charter of the United Nations**). New York, NY: United Nations. Disponível em: <<http://www.un.org/en/documents/charter/>>. Acesso em: 25 out 2015.

_____. **Commentary on the United Nations Convention against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances 1988**. New York: United Nations, 1988.

_____. **Declaration on the Protection of All Persons from being subjected to Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment**. General Assembly Resolution 3452 (XXX) of 9 December 1975. New York: United Nations, 1975.

_____. **General Assembly Resolution 37/194: Principles of Medical Ethics**. New York: United Nations, 1982.

_____. **General Assembly resolution 2857 (XXVI) of December 20, 1971: Safeguards guaranteeing the protection of the rights of those facing the death penalty**. Economic and Social Council Resolution 1984/50 of 25 May 1984. New York: United Nations, 1984.

_____. **High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy [Press release]**. New York: United Nations. Disponível em: <http://www.ohchr.org/documents/Press/HC_human_rights_and_harm_reduction_drug_policy.pdf> Acesso em: 25 out. 2016.

_____. **International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)**. United Nations Treaty, 1966. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Convenção Única sobre Estupefacientes (Single Convention on Narcotic Drugs)**. New York: United Nations, 1961. Disponível em: <<https://search.un.org/results.php?query=single%20>

convention%20on%20narcotic%20drugs&fq=url%3A%28%22treaties.un.org%22%29&tpl=en&lang=en>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Declaração das Nações Unidas sobre Direitos dos Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Nações Unidas, 2008. Acesso em 12 Dez 2016. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf.

UNITED NATIONS ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL (ECOSOC). **Commission on Narcotic Drugs**. Resolution 55/2012. New York: United Nations, 2012. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2012/CND_Res-55-1.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Commission on Narcotic Drugs**. Resolution 54/6. Promoting adequate availability of internationally controlled narcotic drugs and psychotropic substances for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse. New York: United Nations. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2011/CND_Res-54-6.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Commission on Narcotic Drugs**. Resolution 53/4. Promoting adequate availability of internationally controlled licit drugs for medical and scientific purposes while preventing their diversion and abuse. E/CN.7/2010/L.6/Rev.1. New York: United Nations, 2010. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2010/CND_Res-53-4.pdf>. Acesso em: 25 out 2015

_____. **Resolution E/2009/L.23 adopted by the Council on 24 July 2009**. New York: United Nations, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE AT VIENNA, CENTRE FOR SOCIAL DEVELOPMENT AND HUMANITARIAN AFFAIRS. **Compendium of United Nations standards and norms in crime prevention and criminal justice**. ST/CSDHA/16. New York: United Nations, 1992.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2010). **From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment [Discussion paper]**, 2010. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime. Acesso em 10 Mar 2013. Disponível em: <http://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf>.

_____. **Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse [Discussion paper]**. New York: United Nations, 2011a. Viena: United Nations Office for Drugs and Crime. Disponível em: <<http://www.unodc.org/docs/treatment/Pain/>>

Ensuring_availability_of_controlled_ medications_FINAL_15_March_CND_version.pdf. >. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Drug control, crime prevention and criminal justice: a human rights perspective.** Note by the Executive Director, E/CN.7/2010/CRP.6, 2011b. Vienna: United Nations Office for Drugs and Crime. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/commissions/CCPCJ/CCPCJ_Sessions/CCPCJ_19/E-CN15-2010-CRP1_E-CN7-2010-CRP6/E-CN15-2010-CRP1_E-CN7-2010-CRP6.pdf> Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem:** high-level segment Commission on Narcotic Drugs, Vienna 11-12 March 2009. New York: United Nations. Disponível em: <<https://www.unodc.org/documents/ungass2016/V0984963-English.pdf>>. Acesso em: 25 out 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Principles of drug dependence treatment [Discussion paper].** 2009 Disponível em: <<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>>. Acesso em: 25 out 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNICRI. **Cocaine Project.** 1995. Disponível em: <<http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/who-briefing-kit.pdf>>. Acesso em: 10 Mar 2013.

WORLD HEALTH ASSOCIATION (WHO). Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/GLsEnsBalanceNOCPColENSanend.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. **Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.** Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **International code of medical ethics.** Pilanesburg, South Africa: WMA General Assembly, 2006. Disponível em: <[http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\].](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage].)>. Acesso em: 25 out 2016.

ZAFFARONI, E. R. **Política criminal latinoamericana:** perspectivas disyuntivas. Argentina: Hammurabi, 1982.

ZIZEK, S. **In defense of lost causes.** New York: Verso, 2007.

CONSIDERAÇÕES SOBRE DROGAS, SISTEMA CARCERÁRIO E CRIMINOLOGIA CRÍTICA

*Adriana Eiko Matsumoto
Sarah Gimbernau Gimenez*

Introdução

Refletir sobre a política criminal de drogas e a relação com os direitos humanos a partir de uma análise crítica nos exige, de antemão, centrarmos nosso debate em uma perspectiva radicalmente abolicionista, latinoamericanista, antiproibicionista, anticapitalista, anticolonialista, antirracista e antipatriarcalista. Nesse sentido, escolhemos trilhar um percurso tendo como eixo uma das expressões mais contundentes da esteira da política criminal sobre drogas, que é a realidade das mulheres presas estrangeiras, em sua maioria negras e indígenas, conhecidas vulgarmente como “mulas do tráfico internacional de drogas”. Para isso, buscaremos apresentar alguns elementos iniciais que nos ajudam a reconhecer vetores comuns no movimento histórico e social que se desenvolvem em contextos de países de capitalismo periférico, articulando com a estratégica ação repressiva do Estado para com a população pobre e trabalhadora e, especialmente no caso brasileiro, tendo o racismo como fundamento para políticas de extermínio e de encarceramento em massa. A partir disso, apresentaremos breve discussão sobre dados obtidos

em pesquisa de iniciação científica elaborada por nós sobre estudo exploratório de perfil de estrangeiras encarceradas em uma unidade prisional do Estado de São Paulo, de modo a refletirmos, em uma perspectiva abolicionista, sobre suas condições de vida e sobre o processo de criminalização a que estão submetidas.

■ **A política criminal de drogas e o contexto latino-americano**

A realidade da América Latina é recheada de elementos que atravessam a longa história de nosso território e que encontramos como permanências no presente, episódios de violência, de dominação e opressão, histórias de invasão e colonização, de extermínio de seus povos originários, de escravidão e de produção e reprodução de racismo estrutural, patriarcalismo, de desigualdades sociais, guerras civis, militarismo e ditaduras empresariais-militares financiadas pelo imperialismo estadunidense como tática para a expansão do capitalismo entre os países subdesenvolvidos; muito recentemente, esta história está pautada por um processo de uma assim chamada “abertura democrática” em vários de seus países, baseado em uma débil emancipação política como corolário de cidadania burguesa. Conflitos agrários, precarização do trabalho, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desintegração de recursos naturais, ações policiais e políticas neoliberais dão o tom de muitas das contradições atuais que ainda vivenciamos em nosso território latino-americano.

Portanto, para analisarmos a política criminal sobre drogas e os direitos humanos em nosso contexto, há que se rechaçar as perspectivas que visam a harmonização da formação social brasileira, escamoteando as raízes da violências trans-históricas também pautadas pelo racismo e pelo patriarcalismo. Há que se romper com a branquitude e machismo/sexismo de nossas universidades, teorias, serviços e práticas, de modo que possamos perceber nossa América Latina desde o Sul, a partir de sua constituição indígena e africana. Como já nos alertava Vera Malaguti Batista:

As prisões (...) na América Latina não têm as mesmas funções das prisões do Centro. Aqui o modelo ideológico do panóptico de Bentham é substituído pelas teorias de inferioridade biológica

de Cesare Lombroso. A prisão dos países periféricos é uma instituição de sequestro menor, dentro de outra muito maior, um apartheid criminológico natural. Em nossa região, o sistema penal adquire características genocidas de contenção, diferentes das características “disciplinadoras” dos países centrais. (BATISTA, 2003, p.55)

Nesse contexto, sob a égide da transnacionalização do capital e as necessárias formas de controle sobre as massas, uma das expressões que traduzem a síntese mais complexa do movimento lei e ordem e da lógica do controle social operada pela política penal na atualidade é a chamada “guerra às drogas”. Apresenta-se como altamente eficaz na criminalização de estratégias de sobrevivência para uma considerável parcela da população vulnerabilizada que encontra no pequeno comércio de substâncias tornadas ilegais uma fonte de remuneração mais diretamente acessível, legitimando, assim, uma guerrilha de perseguição penal a estes sujeitos e também aos usuários pobres, quase todos negros e indígenas.

Luciana Boiteux (2014) discute sobre o aumento da população carcerária por conta do tráfico de drogas no Brasil e suas consequências nefastas no projeto de encarceramento em massa. Aponta como problema inicial o fato da lei de drogas no Brasil (Lei Federal 11.343/2006 - que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD) se constituir de características proibicionistas que se assemelham muito ao modelo estadunidense repressivo de combate às drogas, com complementar (e por vezes paradoxal) relação com a saúde pública e a redução de danos. Para justificar o aumento da população carcerária por conta do tráfico de drogas, a autora aponta como um dos elementos complicadores uma contradição inerente ao modelo proibicionista desta lei: cabe à autoridade que registrou a conduta o enquadre em tipo penal e a produção de provas se desenvolve sem quaisquer garantias constitucionais previstas. Logo, é a partir de critérios subjetivos dos agentes públicos que iniciam o processo criminal (em geral em fase de inquérito policial), mormente baseados pelo dispositivo da seletividade penal,

que se qualifica uma pretensa distinção entre esses atores nomeados como “usuários” ou “traficantes”.

Nesse sentido, a Lei Federal 11.343/2006 introduz a noção de que o usuário deve receber tratamento e atenção à sua saúde, retirando-o do rol dos penalizados por porte de drogas e qualificando-os a partir de práticas e discursos hegemonicamente biomédicos. Simultaneamente, a tipificação penal como tráfico ilícito de drogas é fornecida como forma preferencial de lidar com as populações pobres, negras, periféricas. Há um aumento exponencial de prisões a partir desse tipo penal, que já ultrapassou os de crimes contra o patrimônio, e, de acordo com dados recentes, publicados pelo Ministério da Justiça²⁸, em junho de 2014 cerca de 68% das mulheres foram presas por tráfico, sendo que entre a população masculina encarcerada, encontramos 27% que cumpre pena privativa de liberdade por este tipo penal específico.

Eis um exemplo bem-sucedido de negócio predatório e de produção de disseminação de sensação de insegurança, além contribuir para discriminação de novos contornos para a de um novo inimigo interno, numa atualização da Doutrina de Segurança Nacional, que foi estratégia herdada dos tempos da ditadura empresarial-militar brasileira e aplicada de maneira *sui generis* nas operações de guerra às drogas. No tocante às ações de segurança pública, há transferência do foco dos subversivos políticos (na época da ditadura) para os *outsiders* (na democracia), a qual encontra no combate às drogas (e, fundamentalmente, em seus vendedores varejistas) a tônica dominante da doutrina de segurança nacional que persiste atualmente no Brasil.

Nesse contexto, a política proibicionista de guerra às drogas potencializa-se na medida em que se disseminam justificativas sociais sobre uma assim chamada “epidemia” do uso de drogas. Constitui-se como ponto legitimador de um controle ainda mais acirrado sobre a população pobre com investimentos nos setores da segurança pública e participação das Forças Armadas no interior de território Nacional sob a prerrogativa da Garantia de Lei e Ordem

²⁸ Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN - junho de 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>

(GLO), operando sob diretrizes que causam indignação a qualquer defensor de um Estado Democrático de Direito e desintegrando os preceitos oriundos da Constituição Federal, no que tange à defesa do Estado e das instituições democráticas. (MATSUMOTO, 2013)

Para analisar esta realidade em suas múltiplas determinações, tendo como foco o processo de criminalização presente na guerra às drogas na internacionalização do comércio de substâncias tornadas ilícitas, a criminologia crítica de tradição marxista, também conhecida como criminologia radical, constitui ferramenta importante. Ao esclarecer que não existe um direito igual e abstrato que emana dos interesses sociais visando o bem comum, desconstrói a concepção liberal de que as normativas legais visariam sustentar a vida em sociedade a partir de uma pretensa harmonia, pois, ao contrário, pontua que o direito penal exerce, numa sociedade radicada na conflitiva social de classes, papel fundamental no controle social da população, especialmente daqueles que estão alijados do processo produtivo ou que estão em condição de contratualização precarizada.

De acordo com Juarez Cirino dos Santos (2008, p.13): “a criminologia radical define as estatísticas criminais como produtos da luta de classes nas sociedades capitalistas”, ou seja, encontramos nesses fundamentos legais pelos quais se organizam também a política de combate às drogas, as formas jurídicas de uma relação desigual sob a forma de contrato entre sujeitos abstratamente tomados como iguais. Aqui, o livre arbítrio é embuste para formalização da exploração de classe sob o verniz civilizatório.

Nesse sentido, compreendemos que as análises dos aspectos sociais, econômicos e jurídicos das questões criminais apontam para a constituição de um eficaz poder de subjugação das classes populares a partir do controle penal. Estas reflexões se dirigem para o “processo de criminalização, identificando nele um dos maiores nós teóricos e práticos das relações sociais de desigualdade próprias da sociedade capitalista.” (BARATTA, 2002, p.197) Para esta perspectiva, há a radical adoção da perspectiva social das classes subalternizadas como ponto de partida para a análise das questões relativas ao direito penal.

Devemos nos afastar de uma análise individualizada do assim chamado delinquente-desviante e do ato tipificado como crime-desvio e nos posicionarmos numa perspectiva macro criminológica, a qual analisa o contexto social e político que configura os elementos determinantes (e contraditórios) da conduta tomada como criminosa pelo sistema penal. Enquanto a criminologia positivista foca na etiologia do delito e na reincidência do criminoso, a criminologia crítica de base marxista (ou criminologia radical) localiza o sujeito em suas condições sócio-históricas, as violências institucionais que este sofreu e busca compreender e transformar os sistemas que operam a seletividade penal.

Dessa forma, a questão penal e da segurança pública constitui-se em um eixo importante para compreender as sociedades no atual contexto, pois, para além da função punitiva e disciplinar, ela representa a maneira pela qual vem se constituindo uma gestão política, econômica e social da miséria, revelando um *modus operandi* do Estado ao lidar com as mazelas produzidas pelo modo de produção capitalista em sua face contemporânea de acirramento de suas características destrutivas – é a expressão da gestão política sobre a miséria em sua faceta de ainda maior barbárie.

Chamo de **Estado Democrático de Direito Penal**, (MATSU-MOTO, 2013) essa configuração de Estado que encerra em si a contradição da igualdade jurídico-política (nas acepções jus naturalistas) com a faceta de classe de estado, qual seja, totalitária, penal e policial para os trabalhadores pobres, negros e indígenas, principalmente, para aqueles em situação de subemprego ou desemprego. Nesse sentido, é fundamental compreender a problemática específica das ações caracterizadas como de caráter repressivo do estado em seu sentido estrito a partir da reflexão de sua função subsidiário contexto da precarização do trabalho típica da crise estrutural do capital. É, pois, um conceito que problematiza uma característica que tem se potencializado no estado capitalista, enquanto expressão da superestrutura que se funda a partir da noção de direito à propriedade privada, a exploração do ser humano sobre outro, utilizando-se desde seus primórdios do expediente da acumulação primitiva/relativa, expropriação e criminalização da classe trabalhadora.

Com isso, não estamos afirmando que exista um Estado Democrático que prescindia do controle penal, ou que este controle penal só exista num modelo típico de Estado que deva ser reformado, ao contrário, queremos é pôr em evidência que não há como subsistir um Estado capitalista (dito Democrático) sem o fundamento do Direito Penal e que a hipertrofia do sistema criminal e penal está articulada intrinsecamente com a gestão da miséria levada a cabo pelas políticas sociais que irão responder à “questão social”.

Importante mencionar que compreendemos “questão social” como conceito e não como categoria (ou seja, não é uma expressão ideal do movimento do real), a partir das contribuições de José Paulo Netto (2001), pois esta “questão” não existe na realidade concreta, constituindo-se como um recurso intelectual, um conceito, eivado de ideologias reformistas e conservadoras, que visa explicar um determinado fenômeno social. Assim, o pensamento conservador atribui à “questão social” uma leitura pautada pela compreensão de sua expressão meramente fenomênica, e nesse sentido, opera um processo de naturalização da mesma enquanto um elemento que está inegavelmente posto na realidade social (como característica *a priori*) e que deve ser alvo de intervenções que visam minimizar os efeitos da mesma (tomando-a como objeto e objetivo desta ação intencionada, ou seja, um fim em si mesma). Esse processo de naturalização da “questão social” produziu interpretações que a coloca como problema de violência, caos, desordem e desdobra-se em uma resposta a estas demandas que se daria pela via da segurança, repressão e do assistencialismo, além do exercício de uma relação tutelada do Estado para com a população vulnerabilizada. É o caso da assim chamada “questão das drogas” na cena atual brasileira.

Sobre a gestão da miséria operada a partir das políticas repressivas e a hipertrofia do sistema penal, temos que a taxa de aprisionamento no Brasil, calculada a partir dos dados de 2014 do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ)²⁹, é de 299,7 para 100.000 habitantes, o que qualifica o Brasil

²⁹ Levantamento nacional de informações penitenciárias INFOPEN - junho de 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>

como quarto país que mais encarcera no mundo, em números absolutos, sendo o terceiro em taxa de aprisionamento e o primeiro em taxa de ocupação das vagas prisionais - dado que evidencia superpopulação carcerária, dentre os quatro países que mais encarceram: Estados Unidos da América, China, Rússia e o Brasil. Importante notar que desde 2008, dentre esses países a taxa de aprisionamento tem decaído: EUA com queda de 8%, China, de 9%, Rússia, de 24%, enquanto que o Brasil expressou aumento em sua taxa de 33% nesse período 2008 a 2014. Estamos galgando degraus no pódio dessa nefasta competição do gigantismo das máquinas de tortura.

Há um déficit de 231.062 vagas no sistema prisional brasileiro e este dado não deve nos alarmar no sentido de buscar uma reforma desse sistema, ou de incentivar políticas de ampliação de vagas, a partir de dotação orçamentária especial. Em relação informações sobre o perfil da população presa, que nos revela em verdade os efeitos da seletividade penal e como se opera o processo de criminalização em nosso país, de acordo com a faixa etária, as pessoas presas que têm entre 18 e 24 anos ocupam o primeiro lugar neste quesito em todas as unidades federativas e representam um total de 31% das pessoas presas.

Em relação ao quesito cor/raça/etnia, a porcentagem de pessoas negras no sistema prisional é de 67%, sendo que, pelos dados do Censo do IBGE 2010, a distribuição de pessoas negras na população brasileira em geral é de 51%. É importante salientar que estes dados sobre população prisional são construídos de maneira atravessada pela constituição do racismo institucional e que, portanto, estão passíveis de uma subnotificação e uma pesquisa mais apurada em relação a este quesito poderia desvelar ainda outras características dessa realidade, inclusive com subnotificação de etnias indígenas, pois uma mediação importante se dá a partir da ideologia do embranquecimento da raça e do mito da democracia racial, que são elementos constitutivos dos processos de subjetivação e sociabilidade e formação social do Brasil.

Em relação a dados específicos sobre as mulheres encarceradas, tendo em vistas as publicações mais recentes do Ministério da Justiça (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2008; 2011), tínhamos

em dezembro de 2011 um total de 34.058 mulheres encarceradas no Brasil, o que representava cerca de 7% do total da população penitenciária nacional. A respeito da escolaridade, 44% das mulheres presas não havia completado o Ensino Fundamental, a maioria era de jovens (26% entre 18 a 24 anos e 23% entre 25 a 29 anos), 61% era negra (pretas e pardas) e 60% foi presa pelo tipo penal tráfico ilícito de drogas.

Já o “Relatório Nacional de informações penitenciárias – INFOPEN Mulheres”, lançado em 2015, pelo Ministério da Justiça, ainda aponta:

Segundo os últimos dados de junho de 2014, o Brasil conta com uma população de 579.7811 pessoas custodiadas no Sistema Penitenciário, sendo 37.380 mulheres e 542.401 homens. No período de 2000 a 2014, o aumento da população feminina foi de 567,4%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%, refletindo, assim, a curva ascendente do encarceramento em massa de mulheres no Brasil. (BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2015, p.5)

Nesse sentido, há que se atentar para os elementos que compõem o fenômeno do encarceramento feminino, pois este tem se revelado como uma nova faceta da expansão do processo de criminalização e encarceramento em massa a partir do corolário da guerra contra as drogas.

É importante articular em nossa análise, desde uma perspectiva da criminologia crítica a respeito do crescimento do encarceramento feminino, as questões oriundas da precarização do trabalho em tempos de crise estrutural do capital, contexto em que se constituiu uma reestruturação produtiva e tem se consolidado processo de retrocesso dos direitos trabalhistas.

De acordo com Mészáros, em seu livro “Para Além do Capital” (2009), temos presenciado, desde final da década de 1960, uma crise com características endêmica, cumulativa, crônica e permanente, que é sintetizada pela “disjunção radical entre produção para as necessidades sociais e auto reprodução do capital.” (ANTUNES, 2009, p.12) Ora, não há como nas relações sociais de produção calcadas

pela reprodução da lógica do capital se subsumir o valor de uso em relação ao valor de troca, mas a subordinação em níveis cada vez mais elevados deste último sobre o primeiro, por meio da produção de bens cada vez mais supérfluos, descartáveis e de obsolescência programada, constitui-se recurso primordial que tem sustentado a manutenção de seu ciclo reprodutivo na atualidade. A precarização estrutural e a corrosão do trabalho (a partir da contratualização baseada em preceitos da acumulação flexível), bem como a destruição dos recursos naturais e o agigantamento do complexo industrial-militar em nível internacional, são elementos que compõe tal realidade, delineando um quadro bastante complexo e intrincado, no qual não há horizonte possível sem que haja uma transformação radical.

Há que se ter consciência, sob pena de não abarcarmos a multiplicidade de elementos da realidade concreta em nossas análises, a relação do processo de precarização do trabalho, da feminização do trabalho, da constituição de uma nova morfologia com o surgimento do infoproletariado, com os desdobramentos disso quanto ao avesso da condição considerada como “legal” da atividade laboral, ou seja, as práticas que seguem criminalizadas pela ordem vigente.

Como já pontuamos, as estatísticas relativas às taxas de encarceramento, bem como a dinâmica do processo de criminalização levada a cabo atualmente, são tributárias do próprio movimento do capital em sua fase financeira-monopolista. Contudo, tais análises não podem prescindir das reflexões sobre a interseccionalidade de raça/etnia e gênero, sob pena de não apreendermos as especificidades que estão na aparência e essência do processo de criminalização.

Qualifica-se a concepção de gênero enquanto um sistema sexo-gênero (IZQUERDO, 2001), caracterizado como um complexo jogo de relações de poder baseadas em pressupostos patriarcais, que é social e historicamente constituído, mas que no atual contexto, deve ser analisado a partir do acirramento dessas relações sob a ordem do capital. Em relação às questões raciais, tomamos a compreensão elaborada por Guimarães (1999) a partir do conceito de “raça social”, ou seja, não se trata de traços biológicos, mas constructos sociais baseados em uma errônea concepção biológica (mas eficaz social-

mente), para construir, manter e reproduzir diferenças e privilégios. Nesse sentido, compreendemos as determinações de gênero e de raça radicadas em modos de exercer poder e que são trans-históricas, ou seja, não são típicas do modo de produção capitalista, mas que se acirram e se desenvolvem de forma específica na particularidade das sociedades capitalistas. Assim, as expressões da desigualdade postas em movimento pelo sistema sexo-gênero se encontram imbrincadas com o processo de constituição do ser social, produzindo efeitos na organização social, na política, na vida pública e privada (inclusive determinando as searas de circulação a partir do marcador de gênero) e, conseqüentemente, no desenvolvimento de subjetividades. (SOUZA, 2006, p.128-129)

As estruturas de controle social que legitimaram e garantiram a relação de expropriação e exploração desde a época da invasão dos colonizadores, a dizimação dos povos originários, a ordenação da produção dada pela disseminação da escravidão como forma de garantir a extração dos recursos naturais e, posteriormente, de produção agrícola e agropecuária (também com o uso posterior da mão-de-obra imigrante) transferiu-se, da atuação dos capatazes do Brasil Colônia para a lógica de funcionamento do sistema de segurança em nosso país. Como já nos ensinava Pachukanis (1998 p. 124): “o interesse de classes imprime, assim, a cada sistema penal, a marca de sua concretização histórica”. Vale lembrar que o primeiro estatuto legal do Brasil após tornar-se independente da metrópole Portugal se deu pela promulgação do Código Criminal do Império em 1830 (o Código Civil só foi promulgado na República em 1916). Tal fato revela em muito as determinações históricas e a atual constituição da política criminal brasileira, tendo em vista quais eram seus alvos preferenciais desde o princípio.

■ **Mulheres estrangeiras encarceradas: expressão da barbárie da “guerra às drogas”**

Em relação à população carcerária feminina estrangeira, encontramos um vórtice que reúne elementos estruturais para a análise da questão penal desde uma perspectiva de reprodução de um colonialismo atualizado pela tônica neoliberal. As mulheres estrangeiras

encarceradas pelo tipo penal tráfico ilícito de drogas são mulheres pobres, negras e indígenas, com baixa escolaridade e que passaram por algum tipo de violência e estão em situação de vulnerabilidade, além de ocuparem o papel de “mula do tráfico”, considerada a atividade mais inferior e descartável na hierarquia do tráfico de drogas.

De acordo com relatório do Ministério da Justiça sobre população carcerária feminina estrangeira, com dados referentes a junho de 2012, temos que no Brasil, 3.392 pessoas presas são provenientes de outros países, o que representa cerca de 0,6% da população carcerária total do país. Os homens presos estrangeiros equivalem a aproximadamente 0,5% do total de homens presos, ou seja, 2.563 pessoas. Já as mulheres presas estrangeiras equivalem a aproximadamente 2,3% da população encarcerada feminina, ou seja, 833 mulheres. Este relatório apenas aborda apresentação de dados relativos a nacionalidade e origem de mulheres estrangeiras presas, por países e continentes.

Já no Relatório Final do Grupo de Trabalho Interministerial **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino**, lançado em 2008 (BRASIL. GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL, 2008) em publicação conjunta da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e o Ministério de Justiça, temos a informação de que no Estado de São Paulo, no ano de 2000, o contingente de mulheres estrangeiras condenadas ou em prisão provisória era de 40, sendo que já em 2006, esse número ultrapassava 300 pessoas. Este relatório também aponta dificuldades na relação com consulados e com o processo de expulsão do país de forma articulada com a execução da pena, situações que prejudicam o acesso à justiça e o devido cumprimento da pena no tempo previsto.

Finalizamos, no ano de 2015, pesquisa de levantamento na modalidade de iniciação científica, junto ao Projeto “Estrangeiras” do Instituto Trabalho Terra e Cidadania (ITTC), de modo a produzir análises sobre perfil de mulheres estrangeiras encarceradas em uma unidade do sistema prisional da capital de São Paulo.

Partimos de pressupostos da metodologia participativa inspirados na metodologia da investigação-ação proposta por Fals Borda (2009), que consiste na busca por compreender a situação histórica

e social dos setores mais explorados de nossa sociedade, a partir de vinculação com práticas de organizações locais ou nacionais tendo como ponto de partida a reflexão sobre o contexto da luta de classes. Assim, a construção inicial da pesquisa, a formulação de seus objetivos, bem como a elaboração de plano de análise foi realizada em profundo diálogo com a equipe do Projeto “Estrangeiras” do ITTC em sucessivos encontros, tendo como eixo a análise de dados vinculados ao processo de defesa e garantia de direitos das pessoas que foram entrevistadas.

Estabeleceu-se como prioridade a elaboração de estudo exploratório de perfil de presas estrangeiras a partir de pesquisa documental em questionários aplicados pelo ITTC junto às estrangeiras que ainda estavam cumprindo pena privativa de liberdade na Penitenciária Feminina da Capital (PFC), no Estado de São Paulo, no período inicial da pesquisa (agosto de 2014). Tal instrumento era composto de questões abertas e fechadas e visava levantar dados quantitativos e qualitativos sobre a caracterização de perfil (idade, nacionalidade, quesito cor/raça, estado civil, escolaridade, trabalho, dados socioeconômicos), informações relativas ao momento da prisão, bem como sobre a organização familiar e condições atuais do processo de cumprimento de pena, entre outros quesitos. Os dados oriundos deste questionário têm como objetivo conhecer estas pessoas, inserindo-as em contextos de atendimentos sociais, psicológicos e jurídicos prestados pelo ITTC, sendo que a coleta de informações se deu por meio de entrevista realizada em contexto de início da pena. A equipe do Projeto “Estrangeiras”, que realizava as entrevistas, era composta por mulheres (profissionais e estagiárias do serviço social, direito e psicologia), as quais são fluentes em outras línguas, como espanhol, inglês e francês. Os cuidados do ponto de vista ético com a pesquisa se deram por meio de garantia de sigilo e confidencialidade dos dados que estão sob responsabilidade do ITTC, a partir elaboração de Termo de compromisso para utilização de dados. Ao total, foram 266 questionários analisados de mulheres que ainda estavam cumprindo pena em agosto de 2014. Os dados obtidos serão brevemente apresentados a seguir, pois nos ajudam a compreender o fenômeno de criminalização que se opera pelos recortes de gênero, raça/etnia e classe social.

■ Identificação

A partir dos dados obtidos, temos a informação de que a maioria das mulheres estrangeiras encarceradas na Penitenciária Feminina da Capital, dentro da população pesquisada, é de países do continente africano (46%), tais como África do Sul, Moçambique, Angola e Nigéria, seguido da América Latina (25%), como a Bolívia, Paraguai e Peru. Em terceiro lugar, vieram do continente europeu (14%) e, em seguida, do continente asiático (9%). Em sua maioria, autodeclararam-se com a ascendência negra (56%). As que se autodeclararam “triguenã” no quesito cor/raça, em geral, estão identificadas com ascendência indígena, contudo, cabe investigação mais apurada em relação às mulheres oriundas de países da América Latina e que se declararam “morenas”, “pardas” ou “marrons”.

Há que se registrar também que no quesito faixa etária, o maior número de mulheres tem entre 30 a 39 anos, 40,6% da população pesquisada. Do total, 29,5% responderam que tem até Ensino Fundamental completo e cerca de 20% ingressaram ou já findaram o Ensino Superior. Estes dados apontam outra diferenciação em relação ao quadro geral de mulheres encarceradas brasileiras que cumprem pena em estabelecimentos prisionais no país, em que 20,58% não completou o ensino fundamental e apenas 9% possui o ensino superior completo.

■ Dados socioeconômicos

Em relação à saúde, 56% referiu que tem doenças ou algum problema de saúde, sendo que as respostas variavam entre “dores de cabeça” e “dores no corpo”, até condições que necessitam de um tratamento mais intenso como diabetes ou HIV. Essas últimas, muitas vezes referidas ao motivo para o qual vieram ao Brasil, ou seja, procurar tratamento que não é oferecido em seu país de origem. Cerca de 55% não realizava tratamento de saúde em seu país de origem.

Das presas estrangeiras pesquisadas, 75% possuía emprego, sendo que as atividades mais desenvolvidas eram as de vendedora, cabeleireira, faxineira/empregada doméstica. Pudemos constatar que a maioria delas (excetuando-se aquelas que não responderam

a essa questão) possuíam renda mensal de até US\$200,00 (52%), com um ou mais filhos (81%), residiam em casa alugada (60%) e contribuíam para a renda familiar (89%), sendo que 69% eram a principal, ou única, provedora da família. Do total, 39% das entrevistadas não respondeu sobre sua renda mensal.

De acordo com Relatório Desenvolvimento Humano (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014), 15% da população mundial vive em condição de pobreza multidimensional, ou seja, pessoas que recebem menos de US\$1,25 por dia. Encontramos cerca de 21% das presas estrangeiras, dentre as que declararam a renda, nesta margem de pobreza extrema. Deste modo, é possível compreender um elemento fundamental a respeito da condição de vulnerabilidade em que se encontram elas e seus familiares frente à atividade ilícita que ensejou o processo criminal no Brasil, com a consequente prisão das mesmas.

■ Delito e Momento da Prisão

A maioria das entrevistadas (69%) foi presa no aeroporto de Guarulhos (cidade da Grande São Paulo), estava sozinha (74%) e, assim que a prisão ocorreu, 70,5% foi levada para estabelecimento da Polícia Federal, seguidos de Delegacia e Hospital (no caso de necessidade de cirurgia ou procedimentos invasivos para retirada de entorpecentes levados dentro do corpo). A maioria (61% entrevistadas) relata que permaneceu neste primeiro local em que foram levadas até 24 horas no máximo. Outro dado importante é que 69% foi presa em flagrante quando saía de São Paulo (e as que estavam no aeroporto internacional, no caso da maioria, também saíam do Brasil). A Polícia Federal foi responsável pelas autuações na maioria dos casos (78,5%), o que é esperado em se tratando de ato tipificado como crime internacional.

Como a base de dados foi composta pelo critério daquelas que estavam ainda cumprindo pena no início da pesquisa (agosto/2014), importante notar que a maioria (28%) estava cumprindo pena há um ano (do total, 74 mulheres estrangeiras foram presas em 2013), seguidas de 2 e 3 anos de cumprimento de pena já realizado (24% e 20,5%, respectivamente). Cerca de 19% havia sido presa naquele mesmo ano (até agosto de 2014).

Em relação à situação de violência no momento da prisão e/ou no local em que primeiro foram levadas, 60% não referiu ter sofrido alguma violência³⁰, enquanto as que responderam que receberam tratamento inadequado ou com violência (35% do total), as respostas dadas pelas mulheres, muitas vezes, continham um ou mais tipos de violência. Criou-se categorias *a posteriori* a partir da análise dos relatos obtidos e quantificou-se todas as vezes que determinada categoria fosse mencionada, portanto, uma mesma mulher, na maioria dos casos, relatou mais de um tipo de violência sofrida. As categorias são descritivas e se relacionam estritamente com o teor dos relatos analisados.

Nesse sentido, em relação às que mencionaram ter sofrido violência no contexto da prisão em flagrante, 38,5% relatou violência psicológica, 34,3% restrição alimentar, 24,5% referiu restrição de acesso à justiça, 13% informou ter sofrido restrição fisiológica, 12% foi de restrição de comunicação, 10,5% de restrição de movimento e houve relatos de oito (8) casos de violência física, três (3) de violência sexual e duas (2) de ausência de socorro.

Em relação ao delito, a maioria respondeu ter sido presa por “tráfico de drogas” (66,5%), contudo, partindo dos dados que demonstram que grande parte das mulheres relatou ter sido presa com substâncias ilícitas saindo de São Paulo no aeroporto internacional de Guarulhos, pela Polícia Federal (o que, em tese, qualifica o “tráfico entre fronteiras”), surgiu a necessidade de cotejar informações corretas a respeito de quantas mulheres de fato foram presas pelo tipo penal de Tráfico de Drogas ou por Tráfico Internacional, já que o momento e local da prisão fornecem subsídios que comprovavam a transnacionalidade do delito.

Dessa forma, a partir da resposta das mulheres que autodeclararam terem sido presas por Tráfico de Drogas, foi feita uma pesquisa no site da Justiça Federal³¹ a respeito dos dados dos pro-

³⁰ Importante notar necessidade de aprofundar, em futuras pesquisas, sobre possível subnotificação de casos de violências sofridas pelas presas estrangeiras neste contexto, devido ao processo de naturalização e invisibilidade da violência de gênero que acompanha o cotidiano das mulheres em sociedade marcadamente patriarcais e na relação com instituições predominantemente masculinas, como o caso das polícias.

³¹ <http://www.jfsp.jus.br/foruns-federais/>

cessos criminais de cada uma e verificou-se que das 177 mulheres que responderam terem sido presas por Tráfico de Drogas (Art. 33), 130 foram sentenciadas, em verdade, por Tráfico Internacional (Art 33, c/c 40, I)³². Os outros 47 processos não pudemos verificar pelos motivos de segredo de justiça, não possuíam sentença ou o processo não pôde ser encontrado. Tal dado, somado ao número de mulheres que autodeclarou o delito cometido como Tráfico Internacional, nos mostra que, da população total investigada (266 mulheres), 76% foram presas sob acusação de Tráfico Internacional, o que corresponde à maioria do tipo penal relativo aos processos criminais das presas estrangeiras pesquisadas.

A substância tornada ilícita “cocaína” é a que mais consta como em posse das presas estrangeiras entrevistadas (cerca de 70% dos casos), sendo que a quantidade transportada, em geral, era de até 2 quilogramas. Apresenta-se o dado importante de 25% das entrevistadas informarem não saberem a quantidade de drogas transportada. O transporte da substância, era realizado por meio de bagagem despachada (34%), preso ao corpo (23,3 %), bagagem de mão (11,3%). Apenas cerca de 7,3% levavam a substância dentro do corpo.

■ Viagem

A maioria (63%) referiu que era a primeira vez no Brasil e que não conheciam ninguém nesse país (72%). Em relação aos motivos da viagem ao Brasil, categorizou-se os discursos referidos nos questionários. Em alguns casos foi possível inferir mais de um motivo em apenas um discurso, e todos foram contabilizados. As categorias e suas frequências de respostas foram as seguintes: dificuldade financeira (30,5%), tráfico de drogas (24%), compras (14%)³³, trabalho (11%)³⁴, relacionamento afetivo (10%) nos casos em que envolve laço matrimonial ou união estável relacionados à decisão de vir para

³² De acordo com o Art. 33 c/c 40, I da Lei Nº 11.343 de Drogas, quando a pessoa for presa com posse de drogas em alguma fronteira, o crime configurado no Art. 33 sofre um agravante do Art. 40, tornando-se tráfico internacional, o que faz com que a pena seja ainda maior.

³³ De acordo com os relatos, algumas mulheres viajam para o Brasil para comprar coisas que irão revender posteriormente em seu país de origem, além de, algumas vezes, serem financiadas por conhecidos que pedem, em troca, que transportem malas ou objetos que normalmente contêm droga em seu interior.

³⁴ Refere-se a casos de algum conhecido da estrangeira ter prometido algum trabalho não relacionado à atividade ilícita no Brasil. Este dado precisa ser melhor investigado e pesquisas futuras, tendo em vista

o Brasil, turismo (8%), moradia (7,5%) nos casos em que pretendia estabelecer moradia no Brasil, tratamento de saúde (4,5%), ameaça sofrida (4,5%). Dois casos foram relatados como de refugiadas.

■ Considerações Finais

Ao partirmos dos aportes teóricos da criminologia crítica e da análise sobre a política de encarceramento em massa como resultado da guerra contra as drogas é possível inferir, a partir de um olhar macro criminológico, que as mulheres estrangeiras encarceradas são mais um exemplo da injustiça do sistema penal vigente. Isso, pois, mesmo fazendo parte de uma população com condições de vida advindas da precarização do trabalho em diferentes países, são tomadas como criminosas ou, sob a ótica da criminologia positivista, como “inimigas naturais da sociedade”, por terem cometido um desvio que as qualifica como traficantes e que, para o sistema penal vigente, sobrepõe o ambiente social e político que estas vivem diariamente.

Deste modo, por mais que o tráfico de drogas possa fornecer a promessa de uma renda necessária para que a mulher possa desempenhar seu papel socioeconômico no âmbito familiar, a posição que ocupa na rede do tráfico de entorpecentes configura extrema vulnerabilidade. É necessário retomar a ideia de que essas mulheres buscam no tráfico de drogas uma alternativa para a sobrevivência e alguma rentabilidade financeira, já que tal atividade apresenta uma fonte de remuneração que se apresenta diante de um contexto de falta de alternativas mesmo no contexto de trabalho precarizado.

A compreensão de que é fundamental uma mudança urgente na realidade dessas mulheres se fez presente durante todo o percurso dessa reflexão, favorecendo, entre outros elementos, para a visibilidade dessa realidade do cárcere, muitas vezes desconhecida mesmo para a parcela da sociedade que luta pelos direitos sociais das pessoas presas. Ademais, o que fora registrado nesse processo de pesquisa como perfil das mulheres estrangeiras encarceradas, em verdade, revela também elementos presentes no processo de crimi-

possível similaridade com processo de aliciamento no caso de mulheres vítimas do tráfico internacional de pessoas.

nalização ao qual estão submetidas as mulheres pobres em condições vulneráveis em diferentes países.

Quanto às contribuições para futuras pesquisas, faz-se mister pontuar questão que deve ser melhor investigada a respeito das condições de vulnerabilidade das mulheres estrangeiras encarceradas pelo tipo penal “Tráfico Internacional de Drogas”, tendo em vista possível similaridade de perfil das mulheres estrangeiras aliciadas para o tráfico de drogas, com aquelas vítimas do tráfico de pessoas, que vai desde a situação de vulnerabilidade econômica e social, até o processo de coação feito pelas pessoas que ocupam o cargo mais alto nessas redes.

Por conta dessa especificidade, essas mulheres se constituem parte de uma população extremamente vulnerável e de fácil aliciamento para o tráfico de drogas, ocupando o cargo de “mula do tráfico”, facilmente descartável e substituível na rede de comércio ilegal de substâncias psicoativas.

Em um parecer publicado em 2013, o ITTC problematiza a definição da “mula” dentro do tráfico internacional de drogas, indicando que há similaridade entre o processo de coação, engano e vulnerabilidade a que estão submetidas as chamadas “mulas” com a realidade sofrida pelas mulheres em situação de tráfico internacional de pessoas. De acordo com este parecer:

A introdução do conceito internacional de tráfico de pessoas na legislação brasileira, e a inclusão de excludentes de culpabilidade no Código Penal ou na legislação de drogas são medidas que levariam em conta a realidade de coerção e manipulação pela qual passam as mulheres em suas trajetórias de deslocamento em busca de melhores oportunidades. Essas são mudanças fundamentais para adequar a resposta estatal ao fenômeno da exploração internacional da mulher, de modo que não se acirre a sua vitimização.³⁵ (INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA, 2013)

Ao fim, para relacionar essa realidade com o discurso dos direitos humanos, cabe destacar que a compreensão de direitos huma-

³⁵ Disponível em: <http://ittc.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Parecer-Mulas-corrigido.pdf>

nos que buscamos operar qualifica-se a partir de uma perspectiva histórica e social. Assim, compreendemos que não existem direitos humanos como direitos naturais, pois, ao partir da crítica realizada por Marx (1991) a Bruno Bauer, em sua **Questão Judaica**, os direitos organizados a partir do jus naturalismo constituíram estratégia fundamental da forma jurídica para a crítica à ordem feudal e base para elaboração da teoria liberal. Nesse contexto, desenvolve-se a noção de “sujeitos de direitos” e os direitos humanos seriam, nada mais, que os direitos dos “singulares seres humanos burgueses”, os direitos restritos à particularidade. Cabe-nos refletir a respeito da potencialidade da luta pelos direitos humanos se tornarem mediação para emancipação humana, traço que se anuncia como possível desde que seu ponto de chegada não se conclua na emancipação política.

A persistência do modelo proibicionista, racista e genocida acaba revelando seu verdadeiro propósito: neutralizar política e socialmente, por meio do processo de criminalização, aqueles que são selecionados para entrarem no sistema penal, operando a partir de um recorte de raça, classe e gênero. Nesse sentido, é fundamental desvelarmos os objetivos reais da prisão e da política criminal de drogas, e denunciarmos o corolário da guerra contra as drogas como um de seus pilares fundamentais no contexto latino-americano, constituindo-se enquanto expressão mais complexa e desenvolvida da barbárie, sendo que a luta por sua superação se revela como ponto de partida para constituição de uma práxis de efetiva transformação social.

Referências

ANTUNES, R. (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

BARATTA, A. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**: introdução à sociologia do direito penal. Rio de Janeiro: Revan/ICC, 2002.

BARCINSKI, M. **Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas**. *Clínica & Saúde Coletiva*, v.14, n.5, p.1843-1853, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/26.pdf>>. Acesso em: 8 set 2015.

BATISTA, V.M. **Difíceis ganhos fáceis**: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BOITEUX, L.R. Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária e alternativas. In: SHECAIRA, S.S. **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: Ibccrim, 2014. p. 83-105.

BRASIL. Grupo de Trabalho Interministerial. **Reorganização e Reformulação do Sistema Prisional Feminino – 2008**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Dados Gerais sobre a população carcerária feminina estrangeira custodiada nas unidades prisionais do Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/politicas-2/mulheres-1/anexos-projeto-mulheres/diagnostico-e-publicacoes-presas-estrangeiras.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2016.

_____. **Relatório Nacional de informações penitenciárias – INFOPEN Mulheres**. 2015.

_____. **Mulheres Encarceradas Consolidação dos Dados Fornecidos pelas Unidades da Federação 2008**. <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civil/cadeias/doutrina/Mulheres%20Encarceradas.pdf>. Acesso em: 25 out 2016.

_____. Levantamento nacional de informações penitenciárias - **INFOPEN Mulheres**, 2014. <<https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.

FALS BORDA, O. **Una sociología sentipensante para América Latina**. Victor Manuel Moncayo, Comp. Bogotá : Siglo del Hombre Editores y CLACSO, 2009.

GUIMARÃES, A.S. **Racismo e Anti-Racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

INSTITUTO TERRA, TRABALHO E CIDADANIA. **Consequências do discurso punitivo contramulheres “mulas” do tráfico internacional de drogas**. Parecer. 2013. 32 p. Disponível em: <<http://ittc.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Parecer-Mulas-corrigido.pdf>>. Acesso em: 25 out 2016

IZQUIERDO, M. J. **Sin vuelta de hoja**. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2001. (La Biblioteca del Ciudadano).

MARX, K.; ENGELS, F. **A questão judaica**. São Paulo: Ed. Moraes, 1991.

MATSUMOTO, A.E. **Práxis social e emancipação**: contradições e perspectivas no Estado Democrático de Direito Penal. 2013. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

NETTO, J.P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Revista da Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social**, 2001.

PACHUKANIS, E.B. **Teoria geral do direito e marxismo**. São Paulo: Editora Acadêmica, 1996.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**. Sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. Nova Iorque: PNUD, 2014. Disponível em: . Acesso em: 25 out 2016.

SANTOS, J.C. **O direito penal do inimigo – ou o discurso do direito penal desigual**. 2008. Disponível em: <<http://icpc.org.br/wp-content/uploads/2012/05/direitopenaldoinimigo.pdf>>. Acesso em: 25 out 2016.

SOUZA, T.M. dos S. **Emoções e capital**: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista. 2006. Tese (Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

A MACONHA NO BRASIL: independência nacional e direitos humanos

Henrique S. Carneiro

A maconha é uma planta com raízes na história colonial brasileira. Seus usos foram diversificados e se hoje há predominância na sua função de substância psicoativa ou medicinal, no passado teve uma destinação primordial na fabricação de fibras para tecidos e cordas.

A proibição da maconha no século XX trouxe terríveis consequências sociais, com a geração de uma enorme renda clandestina, uma violência intrínseca ao comércio proibido e à sua repressão, um encarceramento gigantesco e estigmatização e preconceito em relação a uma planta de tradição milenar em seus empregos farmacológicos e industriais.

Os resultados negativos do proibicionismo se intensificaram nas últimas décadas, especialmente após a aprovação da legislação atualmente vigente no Brasil, a lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, quando havia 32 mil prisioneiros por crimes relacionados ao comércio de drogas e esse número se multiplicou em 339% para 145 mil em 2013. (D'AGOSTINO, 2015)

Pouca gente sabe, entretanto, que a produção do tabaco e da aguardente, também foi inicialmente proibida no Brasil e, apesar disso, se tornaram depois uma das maiores riquezas do país, o que está simbolizado na presença do tabaco no Brasão nacional, ao lado do café. A condição colonial do Brasil levou que o modelo vigente ao longo de muitos séculos fosse (e continua sendo) o da exportação de gêneros primários agropecuários e minerais para os mercados centrais.

O desenvolvimento endógeno das colônias americanas sempre foi bloqueado sistematicamente. Isso levou a ocorrência de processos revolucionários de independência, como o dos EUA, ou às guerras de independência da América Latina.

Em Cuba, por exemplo, a revolta contra o monopólio do tabaco estabelecido por Felipe V, levou à revolta dos plantadores, conhecida como insurreição dos *vegueros*, em 1723, que foi duramente reprimida com dezenas de executados e com os corpos profanados. Essa não foi a única, pois como escreve Fernando Ortiz (1991, p.57), “as primeiras rebeliões armadas que houve em Cuba foram as de 1717, 1721 e 1723, produzidas pelos *vegueros* e frades desrespeitados por esse regime atroz de abusivos privilégios e consentidos contrabandos.”

No caso brasileiro, o produto central de nossa economia colonial foi o açúcar. Mas, em segundo lugar, veio o tabaco. Na produção e exportação desses gêneros se especializou a colônia portuguesa, submetida a um regime de monopólio em que tudo tinha de ser comprado de fora como um comércio exclusivo colonial, na forma dos chamados *estancos*.

O açúcar abundante e as bebidas excitantes cafeínicas, especialmente o café e o chá, assim como o tabaco, foram os motores de uma revolução comercial com consequências culturais e dietéticas enormes na Europa primeiro e, em todo o mundo a seguir. A metrópole, porém, tentou controlar e até proibir o plantio do que não fosse o produto de monocultura vigente, no caso a cana-de-açúcar.

Em 1639, a Câmara de Salvador mandou arrancar e punir com multa e degredo a quem plantasse tabaco nos arredores da capital baiana. Isso não impediu que o fumo fosse plantado em pequenos roçados. A Coroa tentou impor um monopólio entre 1649 e 1659, pois o fumo brasileiro (especialmente baiano) passou a ser usado como moeda de troca para o tráfico de escravos feito diretamente em Angola ou Ajudá. Entre o século XVII e o XIX, um quarto da exportação do fumo brasileiro foi para a África, em troca de escravos.

Uma Junta de Administração do Tabaco foi formada em 1674 para tentar regular e vistoriar o comércio. Em 1691, foi o próprio rei de Portugal que voltou a proibir, mas o fracasso da proibição e o florescimento desse cultivo precioso levou a busca das rendas do comércio, como no Rio de Janeiro, onde se criou um Contrato do Tabaco que pagava as despesas da defesa da colônia de Sacramento. A fabricação do rapé, no entanto, permanecia como um monopólio da Coroa em Lisboa, no Porto e nas ilhas.

O tabaco foi, assim, uma das grandes riquezas para o Estado, que exerceu mecanismos de fiscalização e até de monopólio para usufruir de suas rendas, especialmente da exportação.

O álcool destilado, na forma de aguardente, chamada no Brasil de cachaça, também foi um produto importantíssimo, pois permitia estocar o produto da cana e servir como alternativa em momentos de queda de preços do açúcar, sendo espalhada a produção local em alambiques que também abasteciam o mercado interno.

Da mesma forma que o tabaco, a aguardente de cana-de-açúcar, chamada de “vinho de mel”, cachaça ou jeribita, também foi objeto de interdições na sua produção no Brasil por parte da coroa portuguesa.

Em 1649, houve a primeira proibição do seu comércio no Brasil, renovada em 1679, com a proibição de sua exportação, especialmente para a África, onde era trocada num escambo por escravos. Isso não impediu que 78,4% das bebidas que chegaram a Angola fossem de aguardentes brasileiras, que chegaram a servir de moeda de troca para 25% dos escravos trazidos ao Brasil. A cachaça e o tabaco foram, assim, os meios para a colônia obter escravos, em parte, por fora dos limites estreitos do sistema colonial português que buscava impedir a colônia de ter qualquer desenvolvimento autônomo.

A independência do Brasil, assim como de todas as colônias americanas, envolveu a ruptura do pacto colonial, o desmonte do sistema de exclusivos e a tentativa de ampliar o comércio com todas as nações, num processo iniciado desde a vinda da família real e a abertura dos portos, em 1808. O tabaco, a aguardente, o açúcar e os escravos foram as principais mercadorias desse sistema colonial.

A maconha também veio para o Brasil como uma mercadoria colonial, na forma de cânhamo para a produção de fibras têxteis. O linho-cânhamo foi sugerido como um cultivo e se constituíram para isso as Reais Feitorias.

Desde 1772, o vice-rei Marques do Lavradio, encomendou sementes para cultivo no sul do Brasil, inicialmente em Santa Catarina, onde o empreendimento fracassou e, depois, no Rio Grande do Sul, onde teve um desenvolvimento incipiente.

Como escreveu Antônio José Gonçalves Chaves, em suas "Memórias econômico-política sobre a administração pública no Brasil", publicada em 1822: "sob o ministério do Marquês de Pombal, tempo em que se olhava para as coisas grandes e de utilidade pública com a devida atenção, mandou-se criar uma Feitoria de cânhamo nesta província." (CHAVES, 1978, p.12)

No sul da colônia, em Canguçu, próximo da cidade de Pelotas, se instalou, em 1783, a Real Feitoria do Linho Cânhamo, que depois, desde 1788, se deslocou para as margens do rio dos Sinos num local chamado Faxinal da Courita, onde funcionou até 1824, chegando a ter três centenas de escravos dedicados ao plantio e beneficiamento em pano e estopa do cânhamo.

Quando foi fechada, o local de sua Casa Grande foi usado para abrigar os primeiros imigrantes alemães vindos para o Brasil sob o

patrocínio da Imperatriz Leopoldina, fundando assim, oficialmente, a cidade de São Leopoldo.

Em outras regiões do Brasil, como o Espírito Santo, em 1785, também se verificou o incentivo ao cultivo do linho-cânhamo, num momento em que já se buscavam alternativas ao exclusivo colonial do açúcar ou do tabaco.

O uso da maconha como fibra e como óleo para lâmpadas (o segundo mais usado após o de baleia) se acrescentou dos usos medicinais e também dos usos entre os escravos ou negros libertos. Isso levou ao primeiro dispositivo legal perseguindo o uso do “pito de pango” pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1830, pelo qual os comerciantes seriam multados e os escravos e outras pessoas que o usassem seriam presos por três dias.

Assim começou uma dissociação entre os usos econômicos do linho-cânhamo e os usos psicoativos lúdicos e terapêuticos da maconha fumada ou ingerida.

Apesar de sua ampla presença para diversos males, como asma, bronquite, tuberculose, reumatismos, insônia, diarreia, convulsões, entre outros, nos receituários médicos, como o célebre livro *Formulário e guia médico*, de Pedro Luis Napoleão Chernoviz, os derivados da maconha foram sendo abandonados e, finalmente, a partir da segunda década do século XX, desapareceram do uso terapêutico oficial.

No início do século XX, a maconha foi identificada no pensamento médico eugenista e racista como um traço típico das populações negras e do norte do país, sendo consideradas como patologias que provocavam a degeneração racial e deviam ser perseguidas para se desafricanizar o país. Foi comparada então, em 1915, pelo médico Rodrigues Dória, com o ópio, como a substância escravizadora que os escravos usavam para si e que atingiria os seus senhores que se tornariam também escravos dessa planta:

A raça preta, selvagem e ignorante, resistente, mas intemperante, se em determinadas circunstâncias prestou grandes serviços aos brancos, seus irmãos mais adiantados em civilização, dando-lhes, pelo seu trabalho corporal, fortuna e comodidades, estragando o

robusto organismo no vício de fumar a erva maravilhosa, que, nos êxtases fantásticos, lhe faria rever talvez as areias ardentes e os desertos sem fim da sua adorada e saudosa pátria, inoculou também o mal nos que o afastaram da terra querida, lhe roubaram a liberdade preciosa, e lhe sugaram a seiva reconstitutiva. (DÓRIA, 1915, p.13)

A proibição se intensificou a partir de 1936, quando um pouco antes do Estado Novo se estabelecer, foi constituída a CNFE (COMISSÃO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES) e a maconha foi fortemente perseguida em campanhas dedicadas à sua denúncia como um “veneno social”.

A época da ditadura militar foi de um agravamento na repressão à maconha, seguindo a tendência mundial da “guerra às drogas” anunciada pelo presidente estadunidense Richard Nixon, em 1971.

Após a redemocratização, embora o conceito jurídico de que o consumo não pode ser considerado como crime venha se tornando dominante no mundo ocidental, em que vários países descriminalizaram quantidades definidas para uso pessoal, no Brasil, a perseguição à maconha continuou sendo um dos principais motivos para a repressão policial e jurídica de pessoas pobres e, em grande parte, afrodescendentes.

A condição repressiva imposta aos consumidores desta erva se constituiu numa das mais flagrantes violações aos direitos humanos fundamentais. Os direitos fundamentais da autonomia sobre si mesmo, da privacidade e da autodeterminação são violados com uma proibição estatal sobre determinados alimentos ou fármacos.

A liberdade de escolha das formas de medicação e a liberdade cognitiva são afrontadas com as formas de controle biopolíticos que se aprofundam na contemporaneidade. O dispositivo do proibicionismo global consagrado no século XX com um conjunto de tratados internacionais foi, na sua origem, um instrumento de imposição de hegemonia geopolítica e cultural de regimes puritanos e de forte influência fundamentalista religiosa e se tornou um meio central de geração de capitais especulativos e pretextos de controle social e intervenção militar geopolítica.

Seu questionamento hoje em dia não é apenas teórico, pois já ocorre um enorme florescimento de uma produção legalizada de

maconha e, mesmo com a vigência do paradigma proibicionista no âmbito da ONU, já há uma ruptura, na prática, com os seus termos a partir dos processos de legalização em curso, especialmente nos EUA e na América Latina.

Hoje, quando a indústria do cânhamo é retomada em escala mundial, não só para fins psicoativos recreativos ou medicinais, mas também para um enorme mercado industrial de fibra, azeite e outros subprodutos, é indispensável a apropriação nacional dessa riqueza, dessa cultura e das tecnologias a ela associadas, sob pena de um enorme atraso no acesso a uma matéria-prima de importância estratégica.

A independência nacional necessita da maconha brasileira ou seremos apenas importadores dependentes de fornecedores estrangeiros. Não se trata somente das garantias dos direitos individuais inalienáveis dos seus usuários, algo indispensável por si mesmo, mas também de tornar a renda obtida por este enorme negócio um meio para investimentos sociais.

As modalidades de gestão da legalização são variadas, havendo diversos modelos intermediários entre as duas formas extremas de mercado livre irrestrito e estabelecimento de controles estatais que podem chegar até ao monopólio. Este último modelo esteve vigente em relação ao tabaco em diversos países, como a França e a Espanha, por exemplo, onde as empresas SEITA e a Tabacalera foram, respectivamente, durante séculos, monopólios estatais da produção e comercialização do tabaco.

Hoje em dia, verifica-se a adoção de formas de mercado livre em estados norte-americanos como o Colorado, com alta incidência de tributação, e mecanismos de controle estatal com licitação de empresas produtoras e distribuição pela rede de farmácias, como no Uruguai. Na Espanha, prevalece uma forma de produção cooperativada distribuída para clubes de consumidores.

Além dos debates regulacionistas acerca dos processos de legalização, um tema que se investiga muito é o do desenvolvimento genético e agrônômico na produção de cepas especializadas de maconha com diferentes concentrações de determinados psicoativos, como o CBD e o THC, entre outros.

Para isso, a primeira iniciativa indispensável, além da legalização, é também a adoção de um programa estatal de investigação e produção experimental de diferentes tipos e cepas de maconha. Uma espécie de Embrapa (EMPRESA BRASILEIRA DE PESQUISA AGROPECUÁRIA) da maconha é algo urgente do ponto de vista estratégico do interesse nacional brasileiros por razões geopolíticas e de domínio de fontes de matérias-primas.

A formação de uma agência reguladora da maconha no Brasil deveria estabelecer critérios rigorosos para a produção e comercialização de seus derivados, com restrições à oligopolização, incentivos ao cultivo cooperativado e aos pequenos e micro empreendimentos. Isso é algo que diz respeito à garantia não só dos direitos civis mais fundamentais, mas também a um projeto de soberania nacional diante dos oligopólios transnacionais que buscam o controle dos mercados de *commodities*, dentre os quais a maconha desponta como um dos que mostram as perspectivas mais florescentes nos próximos anos.

A “corrida do ouro verde” (*green rush*), como vem sendo chamada a expansão de empresas e negócios da maconha legalizada alcançou cerca de 3,1 bilhões de dólares em vendas legais nos EUA em 2015. (CORBYN, 2015) Até quando o Brasil vai permanecer fora deste ramo agroindustrial emergente?

Ao invés de pretexto para a criminalização da pobreza e fonte de violência policial e criminal, essa planta milenar que é a *Cannabis* pode voltar a ser uma substância regulada, normalizada e com rendas direcionadas para o interesse social.

Referências

CHAVES, A.J.G. **Memórias econômico-políticas sobre a administração pública do Brasil**. Porto Alegre: Companhia União de Seguros Gerais, 1978.

CORBYN, Z. Dreaming of the billion-dollar high in California's marijuana green rush. **The Guardian**, 6 Nov. 2015. Disponível em: <http://www.theguardian.com/society/2015/nov/06/california-marijuana-green-rush-billion-dollar-high>. Acesso: 25 out 2016.

D'AGOSTINO, R. Com lei de drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país. **G1 Política**, 24 jun. 2015. Disponível em: [http://g1.globo.com/politica/noticia /2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html](http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/06/com-lei-de-drogas-presos-por-trafico-passam-de-31-mil-para-138-mil-no-pais.html). Acesso em: 25 out 2016.

DÓRIA, R. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: **Segundo Congresso Científico Pan-Americano**. Washington, 1915. Disponível em: http://growroom.net/download/livros/maconha_coletanea_01.pdf. Acesso 25 out. 2016.

ORTIZ, F. **Contrapunteo cubano del tabaco y el azúcar**. Havana: Editorial de Ciencias Sociales, 1991.

Seção 4:

Direitos Humanos no cuidado à saúde de pessoas em Situação de Rua

OS SUJEITOS E A EXCLUSÃO: Das Práticas de Cuidado à latrografia dos Movimentos de Resistência

*Antônio Nery Filho
Patrícia von Flach*

*O homem vive talvez inicialmente em sua pele, mas
começa a existir apenas a partir do olhar dos outros.*
(TODOROV, 1996)

Introdução

Este texto foi construído a partir dos diálogos e problematizações dos autores acerca das suas vivências no cuidado aos usuários de drogas no contexto da rua, com os trabalhadores e com os gestores públicos, ao longo de muitos anos de trabalho no campo da saúde mental, álcool e outras drogas. Fragmentos desse percurso são utilizados para reflexão das “nossas histórias” com as pessoas que usam drogas e fazem da rua morada, na maioria das vezes, como única possibilidade, na cidade de Salvador, na Bahia. Não adotamos neste texto uma teoria ou autor como referência, mas buscamos múltiplos diálogos na tentativa de compreender sentidos a partir dos olhares entrecruzados, dos encontros potentes e produtores de singularidades.

Aqui não caberá contar a história, já contada, do nascimento do Consultório de Rua³⁶, do Ponto de Encontro³⁷ e do Ponto de Cidadania³⁸ - invenções que, em nossa percepção, se configuram como movimentos de resistência, no campo da atenção psicossocial, aos modos de subjetivação e produção capitalista que incidem e são produto das relações de poder-saber em determinado contexto histórico e social, ainda que atravessados pela singularidade biológica, social e cultural que marca os humanos.

Importante, porém, salientar que o campo envolvendo os usos e usuários de substâncias psicoativas é gerido a partir de interesses econômicos e políticos historicamente construídos e mantidos pelo paradigma proibicionista³⁹, com desastrosas consequências para a sociedade, como: aumento dos problemas sociais e de saúde relacionados ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas; fortalecimento do tráfico de drogas, com a cooptação de jovens da periferia como mão de obra barata e facilmente descartável; aumento dos índices de criminalidade, das prisões por tráfico e também de vítimas fatais; expansão dos gastos públicos nas ações de combate ao tráfico,

³⁶ O **Consultório de Rua** foi inaugurado em 1999, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da UFBA, pelo Prof. Antonio Nery Filho, configurando-se enquanto uma equipe multidisciplinar que vai aos locais de concentração de usuários de substâncias psicoativas realizando intervenções na perspectiva psicossocial e da redução de danos, entrecruzando olhares e transdisciplinarizando suas práticas.

³⁷ O **Ponto de Encontro** foi concebido e implantado em 2012, pelo CETAD/UFBA, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Este dispositivo se configurava enquanto um Centro de Convivência buscando alcançar, principalmente, as pessoas em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas, vivendo na região do Centro Antigo de Salvador (Pelourinho). Esta atividade foi interrompida, enquanto iniciativa acadêmica leiga e original, no final de 2013, quando o Governo do Estado da Bahia, através da Secretaria da Saúde, decidiu passar a gestão do serviço para uma Organização Social de cunho religioso.

³⁸ O **Ponto de Cidadania** foi concebido pelo CETAD/UFBA e implantado em maio de 2014, tendo à frente a Psicóloga Patrícia Flach, a partir da experiência do Ponto de Encontro, e implementado em duas áreas de cidade de Salvador, através da parceria com a Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (SUPRAD), vinculada à Secretária de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Governo do Estado da Bahia. Este dispositivo de saúde, se constitui em um lugar para onde ir e encontrar profissionais disponíveis ao acolhimento, à convivência, ao cuidado na rua. Fisicamente, é um contêiner com doze metros quadrados, onde se organizam: uma recepção, um sanitário, espaço para banho, além de uma sala para atendimento individual. É um dispositivo móvel, podendo ser deslocado em função da dinâmica do território de inserção, bem como da efetividade do trabalho desenvolvido.

³⁹ Proibicionismo se refere ao paradigma que pauta a compreensão e a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias psicoativas, a partir dos limites arbitrários estabelecidos para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. (FIORE, 2012)

alcançando os usuários de classe social mais baixa, mais vulneráveis e de mais fácil “descarte”, em verdadeiras práticas higienistas.

No campo da saúde, a associação do tratamento às “técnicas” de castigo e punição permanecem fortalecidas, ainda que a estratégia da redução de danos seja reconhecida como uma prática de cuidado em diversos países, inclusive no Brasil. Deste modo, avançamos pouco em relação à implementação de modelos de cuidado que produzam, com os usuários, novas possibilidades de vida, retificações subjetivas e saídas emancipatórias. Vivemos a coexistência de práticas de cuidado que se dizem pautadas no respeito aos humanos e aos direitos de cidadania, ao lado de práticas repressoras e punitivas que, utilizando o discurso da moralização e medicalização-psiquiatrização, visam ao controle biopolítico das populações:

[...] deveríamos falar de biopolítica para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos possam entrar no domínio de cálculos explícitos e o que transforma o saber-poder num agente de transformação da vida humana[...]. (FOUCAULT, 2001, p.134)

Neste breve texto, pretendemos olhar o sofrimento de outro lugar, não somente buscando desvendar seus mecanismos produtores, mas compreender algumas de suas expressões no cotidiano, nos encontros entre usuários e trabalhadores nos espaços da rua, destacando os possíveis movimentos de resistência na micropolítica⁴⁰ das relações cotidianas, percursos entre/para o biopolítico, entre/para a biopotência. (PELBART, 2003)

Partimos dos encontros que realizamos na produção do trabalho vivo em saúde, “encontro” consubstanciado pela teoria da afecção de Baruch Espinoza (1632-1677) e que considera que os corpos, ao se encontrarem, têm o poder de se afetar, gerando tristeza e alegria, constituindo os bons e maus encontros produtores ou não de potência para o agir na vida.

⁴⁰ Micropolítica aqui se refere às relações cotidianas, individuais, subjetivas e intersubjetivas que, através do trabalho vivo em ato faz oposição às políticas disciplinares, as hegemonias instituídas, lutando por outros modos de existir-agir no mundo. “Um trabalho vivo, em ato, faria oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois, na prática do atender, se presentificaria - resistiria - uma ordem do encontro e as condições da interação, não apenas uma ordem profissional e as condições de trabalho.” (CECCIM; MERHY, 2009, p.533)

O texto está organizado a partir de três “encontros”: (1) os encontros com os usuários no contexto da rua; (2) os encontros com os “cuidadores” nas reuniões de equipe e espaços de supervisão técnica; (3) os encontros com os gestores da saúde na articulação política necessária para a sustentabilidade administrativa e política do trabalho. Ao longo deste percurso, discutiremos os movimentos de resistência nos diversos campos e interações sociais como forma de se contrapor à iatrogenia das nossas práticas de cuidado.

■ Os Encontros na Rua e a Coprodução de Vidas

Certo dia ao chegarmos à praça em que trabalhávamos, verificamos que as árvores, que antes protegiam os moradores daquele lugar, tinham sido podadas, desnudando, retirando um traço de privacidade conquistada no espaço da rua. Não havia ali mais ninguém⁴¹.

E assim são as cidades para os sujeitos “da rua”. Não há lugar fixo; perambulam de praça em praça, que logo são reformadas, gradeadas e vigiadas para que fiquem fora. Nos viadutos, cactos são plantados para que não sirvam mais como proteção e abrigo. Nas comunidades, “homens de bem” se juntam aos “homens de fé” e, em nome de Deus, mais uma vez, escorraçam a “gente de rua”. Os traficantes aproveitam os que podem ser usados para o tráfico e se descartam dos que atrapalham seu “trabalho”. A polícia, invariavelmente, não dá trégua: vigia e pune⁴². Estas são algumas experiências vividas, cotidianamente, em nossa cidade, no trabalho com as pessoas que moram nas ruas e, quase sempre, usam drogas.

Ainda assim, a rua pode ser uma possibilidade de vida, e nem sempre é a pior. Nela, coexistem momentos de muita solidariedade, de cuidado com o outro, de respeito, de compartilhamento entre aqueles que nada têm e aqueles que possuem muito pouco ou quase nada. Espaço de sociabilidade, de romance, de trabalho e moradia,

⁴¹ Relato da 2ª autora referindo-se a um local de atuação do Consultório de Rua, em Salvador/BA.

⁴² Referência ao livro de Michel Foucault, *Vigiar e punir*, que trata da institucionalização do poder não mais entendido como força que incide verticalmente, mas que atravessa a sociedade constituindo subrepticamente as relações no seu interior, docilizando os corpos dos anormais e desviantes, tudo em nome da proteção e sobrevivência da sociedade. (FOUCAULT, 1975)

casa onde cabe “todo mundo”, assim é a rua. As histórias contadas são muitas, algumas “reais”, outras nem tanto, talvez para se reinventar diante da fragilidade de referências parentais e sociais.

Na rua, entretanto, podem-se viver múltiplas identidades simultâneas, pode-se ser até simulacro. Nela se foge das “tirantias da intimidade”⁴³ que formulam, modelam, violentam. A rua é amparo coletivo, o lugar dos desamparados [...]. (ESPINHEIRA, 1993, p.?)

Mas a vida na rua requer o desenvolvimento de estratégias para a sobrevivência. É preciso “ficar ligado”, ser capaz de responder rapidamente, muitas vezes, agressivamente, saber com quem contar, estar sempre no controle, inclusive, do uso de drogas. Logo se aprende, na rua, que a perda do controle pode ser fatal. Se há um aprendizado advindo do uso de drogas, uma “cultura das drogas”⁴⁴, há, também, o aprendizado para a sobrevivência, condição indispensável para a vida na rua.

A violência faz parte da vida na rua, beirando a banalidade: seja a violência produzida pelo próprio grupo seja aquela resultante do confronto com a polícia, com os traficantes ou com os “justiçeiros”. Vistos como ameaçadores e perigosos, os moradores de rua usuários de drogas são enxotados por onde passam. O acesso a restaurantes, serviços de saúde, áreas de lazer e locais destinados para eles – instituições sociais – são limitados e, não raro, hostis. São constantemente vigiados e punidos, alvo de disciplinas as mais perversas. Vistos como “desviantes”, reafirmam suas existências com a única identidade que lhes foi imposta: gente de rua.

Sobre a questão das identidades “desviantes”, o cientista social Howard S. Becker (2008), na década de 1960, argumentou que a atribuição do rótulo de desviante pode desencadear um processo de deterioração da identidade do indivíduo que, por sua vez, pode acabar seguindo uma carreira moral a partir da “imperfeição” ori-

⁴³ O autor, neste caso, refere-se à obra de Sennett (1983).

⁴⁴ Para Espinheira, a cultura das drogas pode ser entendida como “um modo social de articulação de atitudes, de linguagem particular, que os usuários reproduzem para se comunicarem entre si e marcar suas identidades de indivíduos e grupos frente aos demais”. (ESPINHEIRA, 2002, p.15)

ginal. Também Goffman, em 1963, discutiu o conceito de identidade social na perspectiva do estigma, considerando que “ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso”, mas ganha sentido em uma rede de relações que dão sentido ao atributo e marginaliza o estigmatizado. (GOFFMAN, 1988, p.13)

Nunes e Torrenté (2009), a partir dos estudos de Goffman (1988) sobre estigma, apresentam três dimensões do processo de construção da identidade estigmatizada:

- (a) O efeito de contágio do estigma, ou seja, a “parte defeituosa” simboliza a pessoa, desumanizando-a – no caso do usuário de SPA, torna-se objeto, logo drogado ou drogada. Esse processo de identificação da pessoa estigmatizada com o atributo de deteriorização acaba por determinar a “carreira” do doente e justificar a criação de espaços de exclusão e de isolamento para sua “cura ou “normatização”. Nesta perspectiva, tanto vemos se multiplicarem as instituições e espaços específicos para circulação, atendimento e tratamento desses “desviantes” como percebemos a dificuldade que eles sentem de frequentar determinados espaços, queixando-se dos olhares de nojo ou medo e das agressões físicas e verbais em espaços públicos a que todos os cidadãos deveriam ter direito, *a priori*, de acessar.
- (b) A produção de identidades estigmatizadas como um processo complexo que sofre interferências de contra ações das pessoas estigmatizadas ou pessoas que se relacionam com elas. Estas ações de contra-estigmatização podem diminuir ou relativizar os efeitos da estigmatização. Destacamos que essas ações acontecem no cotidiano, na convivência, que desconstrói preconceitos na relação mediada pela cultura, pela arte, no investimento na educação/profissionalização, nos encontros permeados de afetos e do agir transformadores de sujeitos e trabalhadores.
- (c) O processo de estigmatização como sendo relacional e consubstanciado por valores e atributos construídos socialmente, não podendo, de forma alguma, ser interpretado de forma absoluta. É importante destacar que a produção de identidades estigmatiza-

das precisa ser entendida como um processo social que cumpre a função de controle social e de manutenção das relações de poder e dominação, criando e reforçando as desigualdades sociais. A estigmatização de sujeitos produz sofrimento social e enfatiza desvios, mascarando seu caráter ideológico.

Na população de usuários de *crack* moradores de rua, sua invisibilidade se torna visível apenas através das violências a que estão submetidos, ferindo sua dignidade e colocando-os em uma situação de total humilhação social. O sofrimento subjetivo relativo às situações cotidianas de estigmatização e violência pode ser percebido nas narrativas, nas expressões corporais bem como na “alma” destes sujeitos tornados “sujeira humana”⁴⁵. Podemos dizer, assim, que o sofrimento social é “a marca original e fundadora” dessas pessoas em situação de rua.

O conceito de sofrimento social começou a ser utilizado nas últimas décadas para indicar as relações entre o mal-estar subjetivo e os processos históricos e sociais mais amplos:

O primeiro livro (de uma trilogia) de Kleinman, Das e Lock (1997) dedicado à questão do sofrimento social inaugura a linha de pensamento segundo a qual o mal-estar não pode ser observado e explicado independentemente das dinâmicas sociais e dos interesses políticos e econômicos que o constroem, reconhecem e nomeiam. As interpretações do sofrimento apelam a uma consciência da história do discurso que as elabora, cujo contexto é sempre o das relações de poder locais. (BRAZZABENI; PUSSETTI, 2011, p.468)

Nesta perspectiva, o sofrimento das pessoas com quem trabalhamos está relacionado aos efeitos das relações desiguais de poder historicamente e discursivamente construídas e que se personificam

⁴⁵ Gey Espinheira (2002), no texto “os tempos e espaços das drogas” utiliza o termo para se referir as crianças e adolescentes pobres que se iniciam muito cedo no consumo de crack e que ainda sem a experiência que permitirá o uso controlado, se tornam “nóias”, “literalmente sujeira”, a partir das declarações de matadores profissionais de São Paulo, em reportagem da revista semanal *Veja* (MANSO, 1999, p.42): “Matando os nóias, que são os garotos viciados em crack, a gente evita que eles sujem a área. É como limpar um lixo da rua. Sabe quando junta aquele lixo? No ambiente que você trabalha, não precisa arrumar as mesas? É a mesma coisa com a gente. Precisamos limpar o ambiente de trabalho. Matar os nóias é obrigação.”

no poder local como preconceitos, estigmas, desigualdades sociais e violências. Escutando suas histórias de vida, percebemos que o ponto comum é a marca da violência nas relações estabelecidas entre eles e a sociedade: partilham da mesma história de miséria, de pobreza social e relacional que dificulta a construção de respostas no sentido da negociação e contratualidade em relação à própria existência. Em uma realidade onde a maioria não sabe ler e escrever, constatamos que, não por acaso, o acesso a esse conhecimento e ao desenvolvimento de determinadas habilidades culturais foi negado assim como a possibilidade de se “ver” em outro lugar que não aquele atribuído e permitido pela ordem social dominante. Resulta clara a relação entre violência estrutural e sofrimento social cujos efeitos perversos alijam a capacidade e liberdade de escolha desses sujeitos, ainda que não as determine: “o mal-estar social deriva, portanto, daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais.” (BRAZZABENI; PUSSETTI, 2011, p.469)

Os comportamentos ditos transgressores e criminosos, então, não são determinados pela natureza das pessoas, mas constituídos em meio ao modo de vida em que estão imersos, realidade que se faz na prática, nas relações com o mundo:

[...] não se pode ignorar os pré-requisitos da vida de rua. Para adaptar-se a essas condições ecológicas, é preciso a constituição de um tipo capaz de sobreviver, e este tipo requer agressividade, competência, coragem, autocontrole: também simulação e esperteza. (ESPINHEIRA, 1993, s/p)

O sofrimento social é, então, uma experiência social ligada a processos sociais e políticos transversalizados pela violência e opressão. Os sentidos desta violência não podem ser encontrados em uma interioridade, como se dissessem respeito apenas a um indivíduo, nem à exterioridade das estruturas sociais, mas no mundo da vida produtor de novas realidades, feito de pessoas, afetos, conflitos, tristezas e alegrias, produtores de subjetividades. O modo, porém, como esses sujeitos vivem sua subjetividade oscila entre dois pontos:

[...] uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que eu chamaria de singularização. (GUATTARI; ROLNIK, 1996, p.33)

Singularização que, para nós, tem o sentido de resistência, de oposição aos discursos hegemônicos e que se faz na manutenção da existência dos sujeitos no jogo social, saindo, nos encontros que dão sentido às nossas práticas de cuidado, da invisibilidade, do “não ser” e protagonizando novas cenas vividas nos espaços da rua. Viver-resistir cotidianamente, existindo cada dia mesmo quando marcado para morrer. Não seria este, então, um *movimento de resistência*?

■ Os Encontros com as Equipes de Rua e a Iatrogenia das Práticas de Cuidado

As práticas de cuidado das equipes que trabalham com usuários de substâncias psicoativas no contexto da rua têm como marca a itinerância. Circular nos territórios de existência das pessoas, instalando-se lá, como no caso do Ponto de Cidadania, parece revelar relações e conexões antes não disponíveis ao nosso olhar de trabalhador. A convivência intensa, cotidiana com os usuários no seu espaço de morada – a rua –, também local de uso de drogas, de trabalho, de relações sociais e familiares, de lazer, de vida e de morte, é impactante, angustiante. Como diz Suely Rolnik, o que nos força a pensar⁴⁶:

É o mal-estar que nos invade quando forças do ambiente em que vivemos (e que são a própria consistência de nossa subjetividade), formam novas combinações, promovendo diferenças de estado sensível em relação aos estados que conhecíamos e nos quais nos situávamos. (ROLNIK, 1995, p. 1)

⁴⁶ A reflexão de Rolnik sobre “O que é que nos força a pensar?”, ocorre a partir da seguinte afirmação de Deleuze: “só se pensa porque se é forçado”, em seu livro sobre Proust e também em Diferença e Repetição. (ROLNIK, 1995).

As reuniões de equipe e, sobretudo, as supervisões técnicas⁴⁷ são os espaços privilegiados onde os cuidadores veem expostas e/ou acolhidas suas incertezas e reconhecem o quanto são alcançáveis e alcançados – vulneráveis - pelas vivências que experimentam dia a dia enquanto *trabalhadores de rua*. Não raro, vêm à tona questões relacionadas com a identidade do trabalho: o que somos? O que queremos? Como faremos? Em uma das supervisões, o trabalho nas ruas, em particular, o Ponto de Cidadania foi comparado à construção de mandalas tal como realizado por monges: as mandalas, construídas por vários monges ao mesmo tempo, exigem coordenação e paciência e uma relação especialmente particular com o tempo, o tempo da mandala. Por outro lado, a sua fragilidade, areias coloridas depositadas no paciente, cuidadosa e lentamente sobre uma superfície, não têm proteção nem garantia de durabilidade. Pelo contrário, seu destino é o desfazimento. Por que, então, construí-las se serão destruídas? A resposta deve estar no ato de fazer, no encontro do “fazedor” com a sua realização.

O Trabalhador de Rua não tem garantias quanto ao resultado do seu trabalho: as pessoas migram, morrem, abandonam. Tudo está posto nos encontros, na construção de laços, tênues e fortes. Esta aproximação entre a construção de mandalas com areia e o trabalho nas ruas permite aos trabalhadores se destituírem (ou tentarem se destituir) do mal-estar do não reconhecimento, das fantasias de soluções imediatas ou impossíveis, do narcisismo e da onipotência, dentre outras questões. Em outra vertente também importante, tem-se recorrido ao Espelho da Rainha, no conto (nem tão infantil) de Branca de Neve: os trabalhadores devem perguntar ao espelho, cada um ao seu espelho, quem é, o que faz, como faz seu trabalho. O espelho dos técnicos são as pessoas com as quais trabalham, pacientes ou não. No particular, as pessoas sob seus cuidados são seus melhores espelhos: espelho, espelho/paciente meu, que droga de trabalhador sou eu? O espelho certamente dará uma resposta que exigirá certa disposição ou competência para ouvi-la.

⁴⁷ As supervisões semanais das equipes dos Pontos de Cidadania estão a cargo do Prof. Antonio Nery Filho, Fundador e Coordenador Geral do CETAD/UFBA (1985-2013).

Nas reuniões de equipe e nas supervisões técnicas, o “mal-estar” produzido pelo sofrimento desse outro a quem temos que cuidar, alvo da miséria, da fome, das violências cotidianas, impõe um certo sentimento de impotência suportável ante as alegrias que aquecem os corações diante das pequenas conquistas e vitórias. Entre os bons e maus encontros, as equipes têm “liberdade” para se reconstruir nas diversas relações estabelecidas nos territórios. Liberdade e autonomia nos processos de trabalho que precisam ser reconhecidos pelos próprios trabalhadores como potência “tanto de capturas, pelas relações sociais capitalistas, como de fuga para lugares não obrigatoriamente dados, mas em produção, instituintes.” (MERHY, 2013, p.11)

Na micropolítica das relações cotidianas, há uma linha tênue entre: (1) trabalhar para manter o modelo biomédico hegemônico que atua na perspectiva da disciplinarização, normalização e medicalização dos “desviantes”, inviabilizando populações, minando movimentos de resistência e silenciando a sociedade frente ao sofrimento humano; ou (2) operar mudanças cotidianas no modo de produzir o cuidado nos encontros e desencontros que exigem que o trabalhador se interrogue sobre o seu papel diante desta realidade, em uma perspectiva de transformação do social e não como meros reprodutores desta biopolítica.

Serve-nos, neste ponto, o espelho: O que tenho produzido no cotidiano do meu trabalho? Quais as minhas vontades e desejos? Qual a minha implicação? Que defesas eu faço? Em que lugar me coloco no campo social? Que acontecimentos suscito com meu agir? Na imagem refletida no espelho, está a história que produzimos e que nos produz, a micropolítica das relações e dos encontros que nos condena à liberdade só possível quando partimos de nós mesmos. Pura autopoiese!⁴⁸

Talvez, aqui, devamos recorrer à história de M: um dos nossos Pontos de Cidadania foi implantado em uma região onde o uso de

⁴⁸ “Esta palavra, autopoietico, tomo emprestada da biologia que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, por expressar e significar uma imagem do caminhar de um vivo/vida que se produz em vida, expressando um movimento que tem que construir o sentido de um viver, de modo contínuo, senão a sua característica de ser vivo se extingue. Tem a força de representar o movimento da vida que produz vida.” (MERHY, 2013, p.182)

crack era frequente, o tráfico pesado e as condições de vida de moradores e moradoras de rua as mais difíceis. M era originário de outro Estado; bem-falante, portador de patologia clínica importante, pleno de cicatrizes no corpo, na alma e no social. Aquelas, mais visíveis; estas, nem tanto. M deve ter se perguntado: “o que esta gente vem fazer aqui?” “Por que teimam em ocupar nosso espaço?” “Deve ser um observatório policial ou, pior...” Contudo, M deve também ter notado que as pessoas que entravam e saíam daquele contêiner recém-instalado não pediam nada e não davam nada exceto um olhar, um sorriso cúmplice... Uma água, uma conversa, um café; talvez um banho! Passado algum tempo, M conhecia a todos do Ponto de Cidadania e era por todos conhecido. Parece até que estava se tornando parte da equipe. Há registros sugerindo que conversava com um e outro ou outra e se inseria em outra proposta de vida. Em lugar da droga, vendia outros produtos; em lugar da solidão, outra pessoa com quem dividir (ou somar?) a vida. Circulou pela equipe a notícia do desconforto que certas mudanças de M causavam ao tráfico... Sair do tráfico nem sempre é possível. M persiste na sustentação dos novos laços, surgidos dos encontros com as técnicas e técnicos do Ponto, até que chega a notícia de sua morte. Fora assassinado. Pelo tráfico? É possível. Pode-se imaginar o quanto a dissolução desta mandala foi dolorosa para todos, mais próximos e mais distantes. Na supervisão técnica imediata a este evento, sob a marca da morte, foi posta para discussão a proposição *iatrogenia do bem*, isto é, que danos o bem pode produzir? O que se queria trazer à tona era a reflexão da equipe sobre os efeitos que a sua prática provocava, ou poderia provocar, para além das boas intenções geralmente associadas às boas ações, sobretudo aquelas destituídas de preconceitos e calcadas na liberdade, autonomia e justiça. A mudança do destino de M, naquilo que parece ter sido efeito dos encontros com o Ponto de Cidadania, causou – ou parece ter causado - a sua morte; a pergunta que não mais se calou, se expressou pelo reconhecimento da morte provocada pelo bom trabalho do Ponto de Cidadania. Uma *iatrogenia* não necessária, mas possível com a qual cabe conviver. A morte de M não significou a morte de todos, mas, certamente impôs à equipe o reconhecimento, mais uma vez, de seus limites, agora ampliados.

Em relação à questão sobre o que pode um trabalhador da saúde, Tulio Batista Franco (2013), no texto “O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho”, responde prontamente: o trabalhador pode “tudo”, enquanto potência, no seu espaço de trabalho, onde ele opera na micropolítica com sua forma de agir acolhedora, solidária, produtora de subjetividades consequentes aos bons encontros potentes de rupturas e de novas singularidades.

Por outro lado, ainda que o trabalhador tenha autonomia e liberdade na produção cotidiana do cuidado, não é possível desconsiderar o papel da gestão da saúde, em geral, expressão de políticas de controle e regulação das pessoas:

Significa que este Estado-regulador, ao conduzir um tipo de gestão que não produz as condições ideais de trabalho, segurança, conforto, perspectiva de futuro, opera na sua relação com os trabalhadores produzindo tristeza, e esta tem sido a marca da gestão na saúde, que não prioriza o que são questões fundamentais para o cuidado do cuidador, produção de bons encontros. (FRANCO, 2013, p.249)

Produzir maus encontros ou paixões tristes, diria Espinoza, eis a atuação do nosso Estado para a regulação do trabalhador e a manutenção da lógica capitalista-biomédica instituída. Ir na direção contrária, então, significa promover “bons encontros”, “paixões alegres” com toda a potência de operar rupturas em nós, trabalhadores, afetando os usuários e construindo novos modos de ser e estar na vida.

O cuidado de si, tal como apontado por Foucault (2004), se apresenta como a primeira grande revolução a ser feita para produzir transformações em nós, trabalhadores, e também nos “outros”, incluindo aqui o tecido social. Cuidado de si que implica, principalmente, o cuidador, no reconhecimento de seus preconceitos, suas limitações, suas verdades, seus desejos, sua “contra fissura”. Referimo-nos aqui ao termo utilizado por Antônio Lancetti para designar as repetidas tentativas de governos, políticos, grupos religiosos, dentre outros, que, apoiados pela mídia sensacionalista, buscam resolver de modo simplificado, problemas complexos, voltados, to-

dos, para as drogas e não para as pessoas. Por outro lado, a “plasticidade psíquica”, é apontada pelo autor como a capacidade técnica de responder de outro modo, capacidade esta nascida com/no movimento da Reforma Psiquiátrica, que exigiu – e exige - a organização dos trabalhadores e a “destituição de olhares e lugares, para a instituição de outras possibilidades”, para o cuidado não submetido à lógica da moral e da contra fissura. (NERY FILHO, 2015, p.17)

■ **Os Encontros com os Gestores: que Espaços de Resistência são possíveis?**

Desde o início das atividades do CETAD/UFBA, em 1985, fomos levados a negociar com os gestores; a cada mudança de governo, apresentar nossas possibilidades técnicas e encontrar meios para o estabelecimentos de parceria(s) para a implementação de políticas públicas compatíveis com os saberes oriundos de experiências como a do Centro Médico Marmottan, de Paris, fundado, no final dos anos setenta, pelo Dr. Claude Olievenstein, inspiradoras das novas práticas clínicas no Brasil dos anos oitenta e aproximada dos princípios e diretrizes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Certamente, encontramos gestores mais sensíveis e disponíveis a apoiar o trabalho do CETAD/UFBA e ouvir nossas opiniões em relação à política e à clínica no campo de álcool e outras drogas; outros, nem tanto. Parecia-nos, quase sempre, que as políticas de saúde deixavam de fora as graves questões geradas pelo consumo de álcool e tabaco, voltando seus discursos, mas não suas ações, para as drogas ilícitas, priorizando as políticas públicas no campo da repressão ao tráfico, priorizando as drogas e nunca as pessoas, os consumidores, movidos por necessidades humanas. “[...] A droga não faz o sujeito; o sujeito faz a droga[...]” diria o médico e psicanalista argentino Hugo Freda. Nós diríamos, mais tarde, “[...] que a droga não nos interessa, o que nos interessa são os humanos e suas vicissitudes [...]”. Na correlação de forças e poder que marca a política e os políticos no nosso Estado, os interesses do capital, há muito, vêm sobrepujando os interesses humanos.

A pergunta que nos convoca e implica neste ponto é: será que nós (trabalhadores-educadores) fracassamos no campo político? Por que nossos projetos de intervenção no campo do cuidado aos usu-

ários de SPAs em situação de rua, tanto quanto em outras circunstâncias, reconhecidos tecnicamente, continuam padecendo de tantas e grandes dificuldades para sua sustentação, atravessados, invariavelmente, por descontinuidades? Será que o imaginário social que condena o usuário à marginalidade e que põe a questão na esfera da justiça penal, está presente na subjetividade dos atores sociais que compõem este cenário organizacional (e técnico) de tal forma que a resposta à questão, em muitos momentos, parece ser um “torpor” coletivo – à espera da atuação das forças de segurança pública - que inibe a ação de gestores e trabalhadores do campo social e da saúde?

Constatamos que o antagonismo evidenciado entre determinados grupos da sociedade em relação às drogas ilícitas e seus usos se reflete no interior das organizações estatais, inclusive nas unidades de saúde, através da hegemonia de alguns projetos em detrimento de outros ou entre modelos assistenciais contraditórios. Não podemos perder de vista que “vontade” ou decisão política é consequência de um contexto histórico, externo e interno ao Estado e que reflete toda uma correlação de forças e poder – expressa por trabalhadores, usuários, associações representativas da sociedade civil, grupos de interesses, gestores, mídia, dentre outros – determinando a construção de um projeto de governo a partir dos problemas identificados e da capacidade institucional de agir do gestor. Exige, neste sentido, o reconhecimento da questão como de relevância pública para a saúde e não na perspectiva do preconceito e da demonização das drogas.

Tomando Foucault para nos ajudar a refletir sobre esta questão, partimos de sua ideia de que o poder está em toda parte, ou seja, não pertence a um grupo ou ao Estado, mas circula no “entre” grupos em disputa e que defendem modelos de sociedade diferentes. Utilizando estratégias e técnicas de controle social - disciplinares -, as instituições têm o poder sobre os corpos e a vida – e biopolítico – através do controle das populações, tudo em nome da vida. Entre o micro e o macro político, as lutas em nome do “poder” não podem ser realizadas de fora, já que ele está circulando e sendo exercido a partir de uma multiplicidade de relações de forças. O que parece evidente nas investigações de Foucault é a existência de uma rede

de micro poderes que atravessam toda a estrutura social e é aí que o poder tem sua positividade e a biopolítica passa a atuar como resistência. Segundo Foucault (1976), onde há poder há sempre, também, possibilidade de resistência, de modo que

[...] não existe um lugar da grande Recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. As resistências não se reduzem a uns poucos princípios heterogêneos; mas não é por isso que sejam ilusão, ou promessa necessariamente desrespeitada. Elas são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível. (FOUCAULT, 1976, p.91-92)

Nesta perspectiva, é possível concluir que as concepções ideológicas de alguns grupos hegemônicos e interesses corporativos e/ou políticos, em um processo permeado por conflitos e correlações de forças externas e internas à organização estatal, têm dificultado e, em alguns momentos, inviabilizado que as questões relacionadas com o consumo de psicoativos legais e ilegais sejam tomadas pelo governo como prioridade, principalmente no que diz respeito à implementação de ações de atenção e cuidado para a população mais vulnerável. Por sua vez, a falta de organização e expressão dos movimentos sociais na defesa dos direitos sociais e da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas corrobora para o lugar de “não existência” das Políticas Públicas na atenção a essa população. (FLACH, 2010)

Nesta perspectiva, parece-nos que os movimentos de resistência não vão e não podem nascer do interior da gestão de um Estado que se constitui e fortalece a partir de forças capitais, que se apoia e se reproduz na desigualdade social. Acreditamos que uma das “saídas” esteja no campo da ética e defendemos, então, um Estado

que intervenha e proteja os vulnerados sociais⁴⁹, tal como proposto por autores do campo da Bioética⁵⁰. Sabemos, porém, que, gratuitamente, esse Estado não irá tomar para si a responsabilidade que lhe cabe no sentido de uma bioética da proteção/intervenção, cabendo a nós, então, fazer provocações permanentes, fissuras na aparente e contraditória estabilização da ordem social “dada”, lutando cotidianamente, seja na micropolítica das relações cotidianas seja na organização dos usuários e trabalhadores em movimentos de resistência na perspectiva da construção de uma outra ordem social, de outra realidade na relação com os ditos “desviantes”, com o seu sofrimento e com a miséria que, ao mesmo tempo que contraditoriamente se institui, configura as bases para questionarmos e criticarmos sua instituição; para sonharmos, sonhamos que “o mundo vai ver uma flor, brotar do impossível chão”.⁵¹

■ Considerações finais

“Não é nos grandes acontecimentos que devemos procurar o signo rememorativo, demonstrativo e prognóstico do progresso; é em acontecimentos muito menos grandiosos, muito menos perceptíveis.” (FOUCAULT, 1984, p.107) Neste sentido, encerramos este “ensaio reflexivo” convidando o leitor a conhecer mais um acontecimento cotidiano revolucionário, mais um “movimento de resistência” ao poder de vida e de morte, objetiva e subjetiva, do Estado-Capital sobre os vulnerados sociais com quem trabalhamos.

Em meados de 2014, iniciamos um Programa de Rádio denominado “Drogas, fique por dentro”⁵² no qual todos os domingos, durante uma hora, conversamos com profissionais, políticos, usuários e cidadãos sobre a problemática que envolve usos e usuários de substâncias psicoativas, com o intuito de questionar a “contra

⁴⁹ O conceito de vulneração refere-se a condição existencial específica de determinadas populações que, independentemente de suas vontades, não possuem os meios necessários para exercer suas potencialidades para uma vida com dignidade. (SCHRAMM, 2008, p.11-23)

⁵⁰ Considerando os limites do presente trabalho, para aprofundamento da temática indicamos o texto de Nery Filho, Lorenzo e Diz (2014).

⁵¹ “Sonho Impossível”, versão em português de uma famosa canção de Jacques Brel gravada por Maria Betânia.

⁵² Rádio Metrôpole, FM 101.3. Programa conduzido por Antonio Nery Filho e Patrícia Flach. Apoio: Renata Pimental.

fissura” contemporânea, possibilitar uma discussão mais crítica e qualificada sobre a temática e, quem sabe, mobilizar os indiferentes⁵³. Mais um espaço de resistência voltado para a manifestação livre e responsável, destituído de preconceitos e apoiado nos conhecimentos que nos aportam, atualmente, os diversos campos do saber, em particular, aqueles oriundos das ciências sociais e da saúde, sem deixar de colocar em primeiro plano as pessoas mais vulneráveis – as vulneradas - para as quais o uso de um produto psicoativo é quase sempre uma tentativa de sobrevivência e a morte é um “acidente” indesejável.

Referências

BECKER, H. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

BRAZZABENI, M.; PUSSETTI, C. Sofrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo. **Etnográfica**, Lisboa, v.15, n.3, 2011.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl. 1, 2009.

ESPINHEIRA, G. A casa e a rua. **Cad. CEAS**, n. 145, 1993. Disponível em : <http://centrodeformacaoaxe.blogspot.com.br/2008/12/texto-de-gey-espinoeira-casa-e-rua.html>. Acesso em: 10 mar. 2016.

_____. Os tempos e os espaços das drogas. In: _____. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris: Editions Scientifiques/ACODESS, p. 11-18, 2002.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012.

FLACH, P.M.V. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

⁵³ No texto “Os Indiferentes”, Gramsci cita Hebbel ao dizer que “viver significa tomar partido” e afirma que a indiferença é o peso morto da história. Cf. GRAMSCI, A. **Os indiferentes**. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1917/02/11.htm>. Acesso em: 5 jan 2006.

FOUCAULT, M. **O dossier**: últimas entrevistas. Rio de Janeiro: Taurus, 1984.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**: ética, sexualidade e política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-287.

_____. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

_____. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1975.

FRANCO, T.B. O trabalhador de Saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

MANSO, B.P. Os bandidos das chacinhas: um mergulho no mundo da barbárie da Grande São Paulo, onde as quadrilhas fizeram dos morticínios em série uma ocorrência banal. **Veja**, São Paulo, 8 set. 1999.

MERHY, E. Apresentação. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

NERY FILHO, A. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

NERY FILHO, A.; LORENZO, C.; DIZ, F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília: SENAD, 2014.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, suppl. 1, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/en_752.pdf> Acesso em: 25 out 2016.

PELBART, P.P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Luminuras, 2003.

ROLNIK, S. Ninguém é deleuziano. Entrevista a Lira Neo e Silvio Gadelha. **O Povo**, Fortaleza, 18 nov.1995. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2016.

SCHRAMM, R. F. Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, v.16, n.1, 2008.

SENNETT, R. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1983.

TODOROV, T. Ser, viver e existir. In: _____. **A vida em comum**: ensaio de antropologia geral. Papirus: Campinas, 1996.

A REDE DE CUIDADO DAS PESSOAS QUE USAM CRACK E OUTRAS DROGAS: experiências de Recife e Pernambuco no âmbito da Vulnerabilidade e Direitos Humanos - uma perspectiva intersetorial

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque

Marilyn Dione de Sena-Leal

Renata Barreto Fernandes de Almeida

Alda Roberta Lemos Campos-Boulitreau

Por onde começamos essa história...

Neste artigo pretendemos discorrer sobre o cuidado com as pessoas que usam crack e outras drogas à luz das políticas locais de intervenções ao uso do crack, destacando as experiências da cidade do Recife e do estado de Pernambuco. Inicialmente traçaremos o cenário mediante a criação do Programa Mais Vida de Redução de Danos, em 2004, no Recife. Em seguida, trataremos da experiência estadual do Programa Atitude, criado a partir do Pacto pela Vida (PPV), em resposta a necessidade identificada de ampliação do cuidado às pessoas que usam prioritariamente crack no estado de Pernambuco.

As duas experiências que serão relatadas trazem questões que tangenciam os Direitos Humanos e que se colocam no cerne da Reforma Psiquiátrica, atravessando as Políticas de Atenção Integral

a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) nomeada assim pelo Governo Federal. O Ministério da Saúde ao aderir à estratégia de Redução de Danos (RD) insere as pessoas que usam drogas como sujeitos de direitos visando extrair os estigmas de marginalidade e periculosidade impressos a esse público. Tais elementos são repetidos de forma circular pela mídia e demais instituições que primam pelo discurso de segurança veiculado para a sociedade civil em torno do usuário, desconsiderando a complexidade que envolve este último e seu entorno, no que tange à produção, distribuição e consumo de drogas.

Assim, considerando a complexidade que envolve o cuidado com as pessoas que usam drogas, é importante darmos atenção para ações estratégicas no âmbito intersetorial que primem por uma atenção compartilhada de forma interdisciplinar. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) Nesse sentido, não há como desconsiderar um olhar pautado pela vulnerabilidade e direitos humanos (V&DH), pois, entendemos que sem um conjunto de direitos não há felicidade que dure, já que não há segurança que se garanta, liberdade que seja possível ou educação que seja plausível. Considerando a polissemia do conceito Direitos Humanos, adotamos a perspectiva trazida pela Política Nacional de Direitos Humanos – PNDH-3 que é “[...] concebida como ação integrada de governo e mais ainda, como verdadeira política de Estado [...]” (BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010, p.12), dessa forma, incorporando as seguintes temáticas: [...] segurança alimentar, educação, saúde, habitação, igualdade racial, direitos da mulher, juventude, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, meio ambiente etc. [...]”. (BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010, p.11) Finalizando, faremos uma breve pontuação crítica a partir das experiências apresentadas, concatenando com as ideias do campo dos direitos humanos, no sentido de pontuarmos os avanços e as dificuldades atualmente encontradas para o pleno desenvolvimento das referidas experiências.

Entendemos que a propositiva feita pelo Governo Federal na defesa de um cuidado pautado na RD para as pessoas que usam drogas, abriu um leque de desafios para os estados e municípios,

colocando em pauta a forma de tratamento oferecido, na busca da humanização ao cuidado e acesso destes aos serviços.

Nesse sentido, em 2004, o Programa Mais Vida foi criado com uma rede voltada aos usuários de álcool, fumo e outras drogas formada pela municipalização do CECRH e CPTRA, por mais 4 Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e 4 Casas do Meio do Caminho (CMC) - que se tornaram, posteriormente, as conhecidas Unidades de Acolhimento (UA), além de 06 Consultórios de Rua (CR) - e ainda uma Unidade de Desintoxicação (UD) em hospital geral. Com a implantação da rede, os profissionais começaram a se deparar com as especificidades de cada público, homens e mulheres, adultos ou jovens, com coabitação familiar ou em situação de rua e com a complexidade que envolve o cuidado. Trabalhar com este público exigia muito mais do que entender apenas os efeitos bioquímicos das substâncias psicoativas (SPA), mas também lidar com fatores intervenientes ao uso ou a falta da droga e que, sendo de uma dimensão complexa, também exigiria várias respostas.

No que concerne às pessoas que usam drogas em situação de rua, crianças, adolescentes e adultos, são constantemente ameaçados em seus direitos, sendo discriminados e afrontados, inclusive violados em seu direito à vida. Para aquelas que usam drogas e estão em situação de rua, o processo de estigmatização parece ser originado e estar ligado às diversas fontes de estigma, propostos por Parker e Aggleton (2001), como ao tipo de droga, à ideia de periculosidade, marginalidade, violência, dentre outros socialmente construídos. Nesse sentido, rapidamente, outros direitos são “esquecidos”, já que o direito ao trabalho, agora mimetizado sob a forma de venda ilícita de drogas, cria um duplo risco em suas vidas, seja dentro ou fora de casa, pois ao tentarem fugir dos “infernos” pessoais de seus lares, acabam encontrando o inferno da “não-existência”. (NERY, 2010) Muitos acabam por entrarem na situação de “lugar-nenhum” ou “sem-lugar” já que nem suas famílias, nem a escola e muito menos a sociedade os acolhem em suas novas realidades pessoais. Na situação de rua, crianças, adolescentes e jovens se digladiam em encontros com as drogas nos diversos tipos de violência, na margina-

lidade propriamente dita e, na “prostituição” que, na realidade, é a exploração sexual em sua face mais cruel, além do tráfico de drogas.

O contexto de vulnerabilidade que se coloca às pessoas que usam drogas em situação de rua não pode ser refletido descolado da lógica dos Direitos Humanos. Concordamos com Gruskin e Tarantola (2012, p. 23-24) quando afirmam que “[...] muitos profissionais de saúde estão interessados em aplicar os direitos humanos ao seu trabalho, mesmo não tendo certeza do que isso significa em termos de esforços [...]”. Estes autores consideram a Declaração Universal de Direitos Humanos como “[...] direitos inerentes a todos os seres humanos, independentemente de raça, sexo, nacionalidade, etnia, idioma, religião ou qualquer outra condição [...]” (NAÇÕES UNIDAS, 2016), e provocam o leitor para alguns aspectos necessários à compreensão sobre a conceituação de direitos humanos na sua interface com a saúde.

Acreditamos que apesar dos avanços na questão dos direitos voltados à população que faz uso de drogas no Brasil, ainda teremos muito o que lutar e aprender sobre esta abordagem. Entretanto, não iremos aprofundar neste artigo, mas apenas sinalizar alguns pontos fundamentais para iniciar a discussão dentro de uma perspectiva relevante a partir do diálogo da intersectorialidade presente nas práticas dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

■ **Conceituando nosso trabalho**

Inspiradas em Gruskin e Tarantola (2012), visando a integração direitos humanos, saúde e assistência social de forma sinérgica, sem sobreposição um do outro, discorreremos sobre a tríade: pessoas que usam drogas, situação de rua e direitos humanos. No entanto, apenas para fins didáticos, partiremos da divisão de quatro estruturas propostas por esses autores, que compõem a operacionalização do campo dos direitos humanos: *advocacy* (defesa de direitos), *sistemas legais* (legislação), *sistema de políticas* (políticas públicas) e *sistemas programáticos* (Programas).

A *advocacy*, elemento fundamental de muitas instituições que trabalham com a interface saúde e direitos humanos, busca o uso de

uma linguagem dos direitos que visibilize uma determinada questão, mobilize a opinião pública, advogando por mudanças nas ações dos governos e outras instituições de poder. Os esforços de *advocacy* podem buscar a implementação de direitos, mesmo se estes ainda não tiverem sido reconhecidos na lei. Porém, tais esforços ajudam a pressionar o governo e a sociedade civil, visando a legitimação de tais questões como “[...] reivindicações juridicamente vinculantes de direitos humanos[...]” (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012, p.25) e visam reunir ativistas da área, a exemplo da saúde mental e drogas, formuladores de políticas públicas e outros grupos de influência que se voltem à tradução das normas internacionais de direitos humanos para que sejam exercidas pressões por mudanças na legislação e políticas vigentes.

A abordagem dos *Sistemas Legais* tem como prioridade o papel da legislação de direitos humanos nas dimensões nacional e internacional voltadas à produção de “normas, padrões e responsabilização” para questões de saúde. Segundo Gruskin e Tarantola (2012, p. 26),

A responsabilização jurídica por meio da legislação nacional e das obrigações presentes em tratados internacionais geralmente se expressa na análise do que um governo tem ou não feito em relação à saúde e como isso poderia se constituir em uma violação de direitos, buscando as soluções em cortes e tribunais nacionais e internacionais, e tendo como foco a transparência, a responsabilização e o funcionamento das normas e sistemas para promover e proteger os direitos relacionados à saúde.

O terceiro elemento é o *Sistema de Políticas*, que visa a criação de normas de direitos baseadas, principalmente, nos órgãos responsáveis pela formulação de políticas globais, incluindo a apropriação da linguagem de direitos humanos na construção e implementação destas políticas de acordo com documentos e estratégias advindos destes órgãos. Na implementação das políticas públicas esta perspectiva é usada na operacionalização do trabalho em programas individuais e departamentos de uma determinada organização.

Finalmente, o quarto elemento é o *Sistema Programático* que se volta à implementação de direitos por meio de programas em saúde.

de. Este, reúne desde o desenho, a implementação, monitoramento até a avaliação dos programas. Define a priorização de certos assuntos e os motivos, considerando os diferentes estágios de trabalho e, no nosso caso, incluímos, também, os programas voltados à assistência social. São esforços realizados, principalmente, por organizações internacionais, intergovernamentais ou não organizacionais. Geralmente,

O trabalho nessa categoria refere-se à inclusão de componentes-chave de direitos humanos em iniciativas programáticas e em práticas cotidianas, tais como a garantia de atenção à participação de comunidades afetadas, não discriminação na forma como políticas e programas são conduzidos, atenção ao contexto legal e político no qual o programa está sendo implementado, transparência na forma como as prioridades são definidas e responsabilização jurídica pelos resultados. (GRUSKIN; TARANTOLA, 2012, p. 27)

Para os autores, é fundamental trabalhar num sistema que envolva transparência e responsabilização, obedecendo aos princípios centrais presentes em todos os contextos que são a não discriminação, igualdade e, sempre que possível, garantir a participação genuína dos grupos afetados.

O Brasil ocupa um lugar de destaque no âmbito internacional no que concerne à política de drogas. Inclusive, o último relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes [FIJE] (2015), divulgado recentemente pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), chama a atenção para este protagonismo do País evidenciando os avanços e investimentos na área. O relatório, originado no âmbito do *Sistema de Políticas*, surge em um momento oportuno por ser às vésperas da reunião da Sessão Especial da Assembleia das Nações Unidas (UNGASS), realizada em abril de 2016, em New York/US. Uma das recomendações do documento é que a experiência brasileira seja compartilhada com os demais países. Além disto, tece elogios ao *Programa Crack é Possível Vencer* lançado pelo Governo Federal em 2011, que contou com a adesão paulatina de todos os estados, do Distrito Federal e mais de 120 municípios brasileiros, inclusive a cidade do Recife e o estado de Per-

nambuco (BRASIL. OBSERVATÓRIO CRACK, 2011), realidades que serão melhor exploradas à luz deste artigo.

■ A construção política dessa história

Durante muito tempo, o tratamento às pessoas que usavam drogas esteve submerso nas incongruências de um modelo manicomial que era, prioritariamente, feito pelos Hospitais Psiquiátricos (HP). Não obstante, as chamadas Comunidades Terapêuticas (CT), que a despeito de algumas terem seu modelo religioso como norteador, também feriam gravemente os direitos humanos, pois forçavam a internação em leitos de longa permanência, violando diretamente o que a Reforma Psiquiátrica se logrou a combater. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Em 2001, a Lei 10.216, finalmente, é promulgada pactuando os princípios, diretrizes e estratégias na mudança da atenção em saúde mental no Brasil, tornando-a mais humanizada, com serviços abertos e internação de curto prazo. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2001)

Quando se pensa em repressão às drogas como ação prioritária de combate a seu consumo, rapidamente percebe-se o quanto essa abordagem tem sido insuficiente e contraproducente, em especial, quando o recorte é operado junto aos consumidores jovens. (NOTO, 1998) São erros estratégicos de uma política calcada no proibicionismo que repercute negativamente no cotidiano das pessoas, haja vista a não reversão do consumo que, ao contrário, traz o aumento das ações criminosas e antissociais ligadas à ilegalidade do uso de drogas. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003)

Discutir as políticas de saúde mental destinadas às pessoas com transtornos psíquicos sinaliza brechas no cuidado com as que usam drogas, à luz da Reforma Psiquiátrica. A adoção da estratégia de RD propicia um cuidado que reconhece a pessoa como sujeito de direitos, tendo, portanto, poder de escolha quanto ao uso das substâncias, diferentemente do que é preconizado pela política proibicionista.

A necessidade de compreender as pessoas que usam crack e outras drogas levou atores envolvidos, principalmente o Governo,

profissionais de saúde e pesquisadores de centros universitários à busca de respostas que propiciassem o acesso ao cuidado na rede de saúde. Com caráter inovador e proativo o Programa Mais Vida tornou a Secretaria de Saúde do Recife uma das primeiras secretarias do Brasil a abraçar a Redução de Danos (RD), criando inclusive uma Coordenação Municipal para esta política. (CAMPOS; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE; ALMEIDA, 2006)

Assim, visando atender a prerrogativa da intersetorialidade, outras políticas entram no cenário do cuidado e da atenção às pessoas que usam drogas e, mais recente ainda, a inclusão das questões econômicas, sociais e culturais das pessoas em situação de rua ou ameaçadas de morte.

Nesse sentido, podemos dizer que Pernambuco, ao atender a demanda de cuidado de pessoas que usam crack em situação de rua, com baixa ou nenhuma adesão aos serviços existentes, além da enorme soma de vulnerabilidades e com perfil estigmatizado, fomentou o desejo dos gestores locais para que fosse criado o Programa Atitude, que será abordado com mais detalhes ao longo deste artigo. Destacamos, que anteriormente, outras experiências exitosas com a Redução de Danos, a exemplo de Salvador com o Consultório de Rua, surgiram no Brasil. (NERY, 2010)

Na efervescência desse clima, outro aspecto importante a abordar é que, em nível Nacional, diversas portarias, normas e leis foram sendo criadas dando o arcabouço legal necessário às ações da RD a exemplo da Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005.

Deste modo, devido à prerrogativa fundante da RD que é o respeito à liberdade, autonomia e atribuição da condição de sujeito de direito às pessoas que usam drogas, pode-se dizer que esta política encontra uma legislação Nacional pautada nos direitos humanos e o Programa Mais Vida oficializa sua adesão a um cuidado pautado nos princípios dos direitos humanos para o referido público.

A partir de 2010 é observado um acréscimo significativo de pessoas em situação de uso abusivo ou dependência de crack que passam a buscar apoio nos CAPS AD e CMC, modificando as características e perfil das pessoas atendidas. Em março de 2012, a cidade do Recife e o estado de Pernambuco assinaram o termo de adesão

ao *Programa Crack é possível vencer* implementado pelo Governo Federal. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Um elemento importante deste Programa foi a conjunção de fatores intervenientes à concepção de estratégias de construção da rede de cuidados com pessoas que usam crack reconhecendo a admissão da dimensão da complexidade, presente nos atos de cuidado a serem realizados com este público. Essa perspectiva gerou uma consonância de vozes ecoando de forma paralela nas esferas municipais, estaduais e federal. Talvez por isto, o programa tenha tido fortes adesões nas diversas regiões do País. Afinal, admitir a complexidade do problema leva a busca de soluções intersetoriais no enfrentamento de questões que cerceiam a produção, a distribuição e o consumo do crack, em especial, às pessoas que consomem a droga de forma abusiva e/ou dependente.

Neste cenário, a mídia se encarrega de difundir a ideia de uma epidemia do crack no País e o terror reificado à droga parecia substituir a subjetividade, com foco apenas na substância em si. A pessoa passou a ser vista como coisa, desprovida de singularidade e invisibilizada na sua relação com o crack, a estratégia proibicionista passa a assumir dimensões terapêuticas. Como dito por Boiteux (2015, p.144):

[...] a compreensão equivocada da realidade social que envolve o consumo de drogas (tanto lícitas como ilícitas) é fruto da bem-sucedida “campanha publicitária” proibicionista, iniciada no início do século XX, para convencer a população de que a intensa repressão e a política de “guerra às drogas” seriam as melhores opções para lidar com problemas decorrentes do abuso no consumo de certas substâncias [...].

Nesse sentido, a despeito do apelo midiático e de algumas pesquisas desenvolvidas no Brasil sinalizarem um aumento no consumo de drogas, não é possível afirmar uma epidemia de crack. Concordamos com Burgierman (2011, p.45) que “nossa política de tolerância zero com as drogas na verdade é uma política de tolerância total com o crime.”

Diante do aumento de demanda de pessoas usando crack, os modelos dos serviços de saúde existentes não conseguiam atender

de forma efetiva um público, cujo perfil estava diretamente relacionado a extrema exposição à violência, seja por dívida com o tráfico, seja pela situação de rua que por vezes se encontravam. (NETO, 2009) Há, inclusive, relatos informais de profissionais da rede que diziam não se sentirem preparados para atendê-las e vivências de preconceitos e estigmas vindos de pessoas usuárias do serviço. No entanto, muitas vezes, a “inoperância” no cuidado pode significar também uma colagem com o estigma da periculosidade da droga, esta, vista de forma reificada. Afinal, conforme argumentam alguns autores (CRUZ; VARGENS; RAMOA, 2010) apesar do uso e dos problemas decorrentes do uso do crack serem semelhantes aos que cerceiam as outras drogas, existem diferenças que precisam ser aprofundadas para que o cuidado com estas pessoas tenha efetividade. É necessário ampliar o conhecimento sobre as pessoas que usam crack e seus familiares, bem como investir na educação permanente dos profissionais que trabalham diretamente com o tema.

Mediante este contexto, percebe-se a necessidade de ampliar a rede de cuidados, uma vez que algumas pessoas que usavam crack tinham dificuldade de frequentar os serviços dos CAPS AD, pois além dos problemas descritos anteriormente, o envolvimento com o tráfico gerava situações de ameaça, acarretando evasão e gerando uma demanda reprimida que não dispunha de espaço adequado de acolhimento, pois o CAPS AD se localizava no mesmo território de risco.

Também tentando responder a este novo cenário, a Prefeitura do Recife em 2011, lançou a “Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas”, que teve como objetivo principal “[...] ampliar e potencializar os programas, equipamentos e serviços voltados para a prevenção, o cuidado e a reinserção das pessoas na sociedade, desenvolvidos no seu próprio território[...].” (RECIFE. Leis, etc., 2011) Assim, via-se que:

Várias ações voltadas para os usuários de drogas já eram anteriormente desenvolvidas pelas Secretarias Municipais, porém, de forma independente e isolada, gerando alguns problemas, principalmente em relação à distribuição igualitária de ações, pois enquanto algumas pessoas se beneficiavam de várias ações,

muitas ficavam no lugar do invisível, sem acessarem, nem serem acessadas por qualquer um desses dispositivos [...]. (CAMPOS et al., 2013, p.22)

Concomitante a este período, o Governo do Estado de Pernambuco, com o intuito de diminuir o índice de homicídios e violência que alarmava a região, criou o Pacto pela Vida (PPV) – Programa de Segurança Pública, ligado à Secretaria de Defesa Social, e, nesse cenário, várias ações começaram a ser pensadas para compor este Pacto, também com a participação de diversas secretarias estaduais.

Nas reuniões de monitoramento do PPV, o tema *peessoas que usam crack* passou a ser presente em duas principais cenas: a primeira, que essa pessoa, por apresentar pequenas dívidas com o tráfico, tornava-se potencialmente suposta vítima letal do traficante, e a segunda, a reflexão de que dentro da esfera pública, elas acabavam sendo acessadas quase que exclusivamente pelos profissionais da área de segurança, ocasionando, corriqueiramente, o encaminhamento para o sistema prisional.

Identifica-se, então, dentro de todo esse contexto, a necessidade urgente de criação de um novo modelo de serviço público, pautado pelos princípios do SUAS, destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso compulsivo do crack, vulneráveis e ameaçadas pelo tráfico, sem possibilidade de retorno às suas comunidades e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. Nesse cenário, coube a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SDS-DH) pensar num programa que pudesse dar um recorte de cuidado e proteção para estas pessoas e, assim, em 2011, foi criado em Pernambuco o Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – Programa Atitude. Desta forma, podemos dizer que este programa advém da avaliação realizada pelo conjunto de atores da rede SUS e SUAS acerca das violações de direitos das pessoas que usam crack, vistos em situação de vulnerabilidade pelo contexto social e familiar, bem como pela proximidade com o ambiente do tráfico. Esta iniciativa se propôs a atender aos *Sistemas de Políticas e Programáticos* pautada pelos direitos humanos, na lógica

da redução de danos, além de responder às prerrogativas dos *Sistemas Legais*, baseado na Lei da Reforma Psiquiátrica.

O Programa Atitude tornou-se, dentro do Pacto Pela Vida, referência na proteção e cuidado aos usuários de crack e outras drogas no Estado de Pernambuco. Assim, toda uma estrutura de articulação e integração das políticas públicas estaduais se uniram de alguma forma para contribuir com a mudança desse cenário junto aos usuários, especialmente de crack.

A necessidade de falarmos das duas experiências do Recife, seja do Programa Mais Vida e, posteriormente, da Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas até adentrarmos mais a fundo na discussão do Programa Atitude do Governo Estadual serve para contextualizar as mudanças advindas da construção do cuidado às pessoas que usam crack em Recife.

Sabemos que o cuidado pautado pela política de redução de danos e vinculado ao SUS, configurou um salto qualitativo incorporado na atenção a este público, a partir da política de atenção integral implementada pelo Governo Federal, em 2003, conforme já pontuamos no início do artigo. Diante dessa contextualização, o Estado de Pernambuco e, especificamente, a cidade do Recife desenvolveram Programas numa lógica intersetorial que pudessem dar respostas mais efetivas referente ao cuidado das pessoas que apresentavam algum sofrimento a partir do consumo de álcool e outras drogas. Agora, cabe-nos refletir a forma com que estas experiências foram sendo vivenciadas no cotidiano, que arranjos técnicos e práticos foram moldando essas ações.

■ Reflexões práticas de uma atenção intersetorial

Na Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas (Recife), que surge no intento de reunir e agregar as ações da assistência, da saúde, da cultura, da educação entre outras políticas públicas, foi necessário um alinhamento entre todas as iniciativas norteando-as pela necessidade de se compreender o fenômeno drogas como reflexo de questões multifatoriais que exigiam múltiplas respostas. As reuniões eram alimentadas de novas perspectivas teóricas para os diversos atores ali envolvidos, visto que falar de drogas ainda era (e talvez, ainda seja para alguns) tema controverso, repleto de estigmas.

Segundo Campos et al. (2013) todo o processo da Ação Integrada de Atenção ao crack e outras drogas foi:

[...] rico em discussões e reflexões para encontrar, na medida do possível, possibilidades de cuidado, bem como encontrar caminhos para minimizar entraves, buscando soluções sustentáveis e viáveis de acordo com a realidade local e em consonância com os planos estadual e federal: “Crack é possível vencer [...]”. (CAMPOS et al., 2013, p.24)

Para se trabalhar num modelo assistencial centrado no usuário, Merhy (1994) indica que é preciso uma gestão comprometida com o coletivo, e que os processos de trabalho sejam desenvolvidos no interior das equipes de saúde. Suas ideias demonstram a necessidade de trabalhos envolvidos em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que sejam pautadas por resultados em termos de benefícios gerados para as pessoas e para suas famílias. Deste modo, o Plano buscou atuar com ações centradas no levantamento de necessidades singulares e integrais: “[...] sendo realizadas onde eles estão, trabalho vivo, produzindo “compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar [...].” (MERHY, 1998, p.05)

Segundo Nery (2010) é preciso promover o encontro entre excluídos-invisíveis e incluídos visíveis e que esse encontro possa ser considerado através de olhares cruzados. Existem inúmeras políticas públicas de atenção ao uso de drogas no Brasil, mas não existe modelo ideal e que funcione de forma eficaz em todos os lugares, por isso um dos critérios mais importantes é o conhecimento e o respeito às características e às necessidades de cada comunidade onde se pretende atuar.

A maximização de esforços, como o realizado pelas Ações Integradas em Recife, nas diferentes secretarias municipais como a saúde, educação, lazer e esportes, cultura, assistência social, especial da mulher, entre outras, foram fundamentais para ampliação e implementação de políticas públicas à população em situação de risco, como a das pessoas que usam crack e outras drogas. Deste modo, evita-se duplicidade de ações, que se realizam de forma mais

equânimes, quanto à sua distribuição temporal e espacial, sem descharacterizar as políticas de cada área setorial.

No âmbito estadual o Programa Atitude, ainda em funcionamento, foi implementado em consonância ao Decreto Estadual nº 35.065/2010 que criou a Rede Estadual de Pernambuco de Enfrentamento ao Crack e também dispôs sobre ações integradas de enfrentamento às drogas. Tem como objetivo o atendimento assistencial às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social em decorrência do crack e das outras drogas. Ocupa-se em estruturar ações e serviços que tenham como fundamento a garantia de direitos a crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos em situação de risco pessoal e social, com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, se propondo a viabilizar a garantia dos direitos e condições de atenção, acolhida e apoio. (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DIREITOS HUMANOS, 2010)

O Programa Atitude prevê serviços que oferecem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de rua, sob ameaça de violência ou morte, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou, comunitário. As pessoas chegam ao serviço por demanda espontânea, por meio da busca ativa realizada pelos profissionais ou por encaminhamento de outros serviços das redes SUAS e SUS, sendo este acolhimento inicial fundamental para a construção de um vínculo de confiança que resulte na adesão deste ao cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Programa oferece serviços de baixa exigência (“*low threshold*”), que se adequam mais às condições desse público, como os equipamentos de *Acolhimento e Apoio* e o *Acolhimento Intensivo*, nos quais as pessoas podem frequentar de forma voluntária, além das ações das equipes do *Atitudes nas ruas* e o *Aluguel social*. Esses serviços são referenciados em outros contextos sociais internacionais, por serem programas de tratamento de “baixo limiar” ou de centros de cuidados com base na redução de danos. Ou ainda programas “de porta aberta” que fazem exigências mínimas sobre a pessoa, oferecendo serviços sem tentar controlar seu consumo de

drogas e fornecendo aconselhamento apenas se solicitado. São programas de “baixa exigência” que podem ou devem se articular com programas “de alta exigência”, que são aqueles que exigem que a pessoa aceite um certo nível de controle sob si e que exigem que a pessoa aceite as terapêuticas ofertadas pelo serviço, entre estas, o aconselhamento. (MATA; FERNANDES, 2016)

No Programa *Atitude*, o *Centro de Acolhimento e Apoio* tem como objetivo geral oferecer acolhida humanizada, descanso, higiene, alimentação e cuidados primários, na perspectiva de considerar o bem-estar das pessoas que fazem uso de crack e outras drogas, prestando serviços 24h por dia, realizando atendimento inicial, encaminhamentos para rede SUAS, (Centros POP, CREAS...), SUS, (CAPS AD, hospitais gerais, ESF, policlínicas...) e demais políticas setoriais.

O *Centro de Acolhimento Intensivo* tem como objetivo prestar a proteção integral de acolhida com tempo de permanência de acordo com a avaliação da equipe. O plano individual/familiar de atendimento assistencial (PIA) construído pela equipe funciona como fio condutor das ações, atividades e encaminhamentos e como balizador da eficácia do cuidado.

O *Atitude nas Ruas* é caracterizado por uma equipe que oferece ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua e comunidades. Visam enfrentar as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente com adolescentes, jovens e adultos.

O *Aluguel Social* tem como objetivo geral a disponibilização de moradia alugada ou acolhimento em repúblicas, pelo prazo necessário para atender as demandas sociais de usuário/a e seus familiares que se encontram em situação de vulnerabilidade, se colocando em risco pessoal e social, mas em condições de retomar a administração da própria vida.

Observa-se, então, que tanto as experiências do Recife, quanto a do Governo do Estado, além de todos esses aspectos apresentados beberam da fonte da Redução de Danos, que preconiza que o cuidado e/ou tratamento de pessoas que usam drogas e deve estar pautado na singularidade do sujeito, o que não quer dizer abstinência como meta final para todos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Certamente, o sucesso dessas experiências vai se dando no sentido do que Alves e Guljor (2006), se referem quando tratam da atenção integral à saúde: é a partir do reconhecimento dos diferentes tipos de usuários (as) de drogas que, por possuírem características e necessidades diferentes, requerem diversos equipamentos que possibilitem estratégias de múltiplos programas de prevenção, promoção, educação, tratamento e reabilitação, não como concorrentes, mas sim complementares.

■ Alguns acertos desse processo

Se “cada grupo é um grupo”, com seu contexto e rede de relações próprias, e se os direitos humanos são para todos os seres humanos, torna-se fundamental que as conexões e organizações complexas, muitas vezes, “invisíveis” aos olhos dos desacostumados - tais como as questões sobre prostituição, tráfico de drogas ilícitas, atuação e papel da polícia que oscila entre a repressão e a proteção - fossem compreendidas por todos que atuavam nas experiências que estamos descrevendo.

Percebemos com as experiências trazidas, que a invisibilidade que acompanha essas pessoas remete a um processo de estigmatização e discriminação presentes no cuidado profissional. Nesse sentido, concordamos com Ronzani, Noto e Silveira (2014) que circulam nos serviços de saúde, crenças estigmatizantes de que pessoas que usam drogas são culpadas de sua condição, são moralmente fracas, não tem força de vontade, podem ser violentas e são perigosas. Uma forte consequência desta visão é o “estigma internalizado” que, acreditamos estar no âmbito dos agravos que envolvem V&DH, a exemplo da situação de dependência, danos sociais e familiares, baixa autoestima, exclusão social, dificuldade de buscar ajuda especializada, dentre outros elementos elencados pelos autores.

A experiência do Recife, desde o Programa Mais Vida, tem sido um desafio para o enfrentamento de processos de estigmatização no cuidado. Em 2005, foi inaugurada a *Casa do Meio do Caminho Estação Jandira Masur*, voltada exclusivamente para o público feminino. Tal experiência levou a equipe a se deparar fortemente com questões de gênero atravessando o cuidado. Na época, a equipe discutia teorias

sobre família e gênero, chegando a sensibilizar familiares para as desigualdades que cerceavam a mulher dependente de crack e outras drogas e, em alguns casos, a trabalhar com familiares, questões ligadas à sexualidade, que interferiam no uso abusivo e/ou dependente de drogas e intervenções voltadas à redução de estigmas às mulheres que fazem uso de drogas.

Podemos afirmar que as ações integradas dos Consultórios de Rua, Consultórios na Rua e o Atitude nas Ruas veem colaborando, paulatinamente, para a diminuição do processo de estigmatização destas pessoas, na medida em que estes equipamentos facilitam o acesso de usuários ao CAPS AD e à RAPS, como um todo. As equipes tiveram que se deparar com as implicações e complexidades que envolvem o cuidado com este público e que contempla, desde a incapacidade e/ou desconhecimento do cuidado voltado a estes, até à construção de estratégias de acesso às pessoas em situação de rua, comprometida clinicamente e socialmente, num quadro que configura a V&DH. Inúmeros são os exemplos de violação de direitos, mas podemos citar, a recusa de atendimento por falta de documentação ou pela pessoa apresentar precária condição de higiene, resistência em acolher as pessoas que moram na rua sob efeito de drogas, etc. As equipes sentiram a necessidade de refletir sobre suas concepções acerca destas pessoas, tendo em vista o processo de estigmatização legitimado pelas estruturas de verdade (PARKER; AGGLETON, 2001) que estavam presentes internalizados nas concepções e moralismos de alguns profissionais da rede. Neste cenário, consideramos, como referem os autores, que a estigmatização está ligada ao “posicionamento” de um grupo na sociedade. Podemos elencar alguns elementos que remetem às desigualdades sociais reafirmadas no cuidado profissional sob a forma de estigma, a exemplo das questões que envolvem classe social, gênero, raça, sexualidade, entre outras.

Em relação ao Programa Mais Vida e o desdobramento de suas ações no território destacamos como êxito e sucesso a expansão das ações dos Consultórios de Rua (CR), passando a assumir as atividades de teatro, capoeira, oficinas de beleza e circo, dentre outras estratégias à abordagem de rua. Vale salientar, que apesar da portaria

ministerial que substitui o Consultório de Rua por Consultório na Rua (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), Recife, acreditando no sucesso de suas ações territoriais, optou por manter sua experiência já consolidada e implantou 02 equipes de Consultório na Rua, vinculadas a Atenção Básica, em dois territórios onde a população em situação de rua é mais evidente.

Consideramos como um ponto forte de acerto na condução das propostas do Programa Atitude a compreensão teórica das relações existentes entre a participação no tráfico de drogas como fonte de renda e de sobrevivência, bem como a estreita relação entre tráfico e consumo, como atividades paralelas e, muitas vezes, não excludentes. Neste sentido, fez-se necessário um trabalho junto às equipes para a desconstrução de referenciais trazidos, por vezes, por meio do senso comum ou da mídia e a relativização de valores dicotômicos como o “certo-errado” ou o ‘bom-ruim’. Esta intervenção ajudou os profissionais a assumirem em seus discursos que não há sociedade sem drogas, de modo que a ansiedade pelas ações de repressão começou a ter um outro sentido de integração, com outras formas de olhar às pessoas que usam drogas.

Dá-se início a um processo de treinamento do olhar. Olhar a pessoa que usa crack e que é moradora de rua! Que além de ser moradora de rua é criança ou adolescente! Usa crack é moradora de rua, é criança ou adolescente e também sofre desigualdades de gênero! A pessoa que usa crack, está em situação de rua, é criança ou adolescente, e também sofre com desigualdades de gênero por ser mulher ou transexual, além de ser nordestina! Sobretudo, nos deparamos com aquelas que, mesmo que minoritariamente, acima de fazerem uso de crack são também traficantes ou os que apenas fazem uso da droga e não traficam. Inclusive, a este respeito houve uma tentativa de distinguir o usuário do traficante através da Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. (BRASIL. Leis, etc., 2006) Nesse sentido houve um avanço na *advocacy*, porém, com ressalvas quando consideramos o que Boiteux (2012) chama a atenção para o fato de que, após esta legislação, aumentou o endurecimento de resposta penal ao comércio de drogas, sendo este, um dos principais motivos para o aumento da população carcerária no País nos últimos anos.

Neste sentido, corroborando com a Redução de Danos, que assume que existem usuários que não querem, ou não podem deixar de usar drogas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), a estratégia utilizada nas abordagens com a população de rua - tanto dos CR do Recife, quanto do Programa Atitude - passa a ser reconhecida como eficiente, pois além de reduzir o preconceito, o estigma e a marginalização das pessoas que usam drogas, também ajuda nessa aproximação dos serviços de saúde, das ações integradas no tratamento, cuidado, prevenção e promoção, na assistência social, na segurança etc., que além das citadas estratégias vai atuar diretamente com os “vulneráveis dos vulneráveis” ampliando o cuidado para um público que era pouco alcançado pelos os modelos de serviços existentes. (FRANCISCO; ESPÍNDOLA, 2015) Podemos dizer que elementos do conjunto de direitos, a exemplo da segurança alimentar, habitação, saúde, educação, entre outros são contemplados na concepção do Programa Atitude, embora nem sempre, na prática, estes sejam efetivados.

Com a implantação do Programa Atitude houve uma redução significativa (-8,05%) nos índices de crimes violentos letais e intencionais (CVLI) registrados no Pacto Pela Vida. O Atitude também contribui com a promoção de direitos favorecendo a retirada de documentos possibilitando as pessoas a se sentirem inseridas como cidadãs de direito numa sociedade excludente, principalmente para quem faz uso de drogas. A equipe multidisciplinar, formada por assistentes sociais, psicólogos(as), arte-educadores(as), educadores(as) sociais, enfermeiros(as), favorecem o olhar integral da pessoa mediante ações interdisciplinares.

Isto implica que a integralidade já pressupõe a necessidade de se extrapolar o âmbito da saúde mental e atuar na área a partir da articulação intersetorial no âmbito do SUS e SUAS. Alguns autores observam que o usuário aponta para a integralidade ampla ou macro, conceituada assim por Cecílio (2006), vislumbrando a necessidade de uma rede articulada de serviços, na qual a intersetorialidade será fundamental para a garantia deste princípio. (ALVES; GULJOR, 2006) Deste modo, no momento em que, tanto o Programa Mais Vida quanto o Programa Atitude, abraçam estes princípios

como componentes teórico-práticos de suas atuações, concordaremos com Alves e Guljor (2006, p.172) sobre a importância e a necessidade da diversidade de modelos considerando que “a diversificação de programas é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com um menu variado e diversificado de possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção reducionista por um ou outro modelo.”

Também neste sentido, observamos que as referidas experiências ao integrarem as ações de lazer, esporte, cultura, educação, segurança etc., seja através da articulação territorial nas RAPS municipal ou estadual, seja na busca da garantia de direitos, em especial ao público aqui referido - em situação de rua -, demonstram estar visualizando um horizonte comum, onde a percepção de que é impossível lidar com a complexidade do tema drogas sem considerar sua multifatorialidade e, conseqüentemente, seus contextos da rua. Mesmo sendo verdade que a maioria das pessoas que estão em situação de rua não usam drogas (FRANCISCO; ESPÍNDOLA, 2015) seus contextos de vulnerabilidade as colocam mais face a face com essa problemática e pedem um olhar pautado na V&DH.

■ Reflexões derradeiras sobre as experiências

Por tudo que já discutimos até o momento, podemos inferir que, apesar do êxito dos programas Mais Vida e Atitude, construir o processo de saída das ruas da população usuária de drogas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e de benefícios assistenciais é tarefa hercúlea. Apesar de todos os avanços, manter tais programas apresenta desafios de natureza trabalhosa, sendo, em muitos momentos, fatigante. Mesmo assim, o sentimento de quem atua com esses programas é o de que, por estes utilizarem as metodologias de “baixa exigência” (*“low threshold”*), e ofertarem um conjunto de direitos essenciais, disponibilizam, também, muitas possibilidades de cuidado e de inserção dessa população, enchendo de esperança a todos de que muito ainda pode ser feito, fato que nos leva a reflexão sobre o tipo de abordagem ao usuário(a) de crack ser mais eficaz nestes moldes.

Faremos agora uma listagem de aspectos problemáticos que encontramos no cotidiano dos programas aqui apresentados, seja do quanto erramos ou do quanto ainda temos que pelear para a ampliação e manutenção dessas experiências:

- 1- A descontinuidade política, a exemplo do que aconteceu com o Programa Mais Vida implantado por uma gestão e praticamente desmontado pela seguinte. Os assessores e marqueteiros das novas gestões buscam apagar marcas anteriores para imprimirem as suas próprias, “dependentes de votos e de poder”. A marca Mais Vida, pelo que desenvolveu e propiciou de mudança na vida da população atendida parece ter ficado impressa no imaginário de usuários/as e profissionais, sendo difícil de ser abandonada pela força e implicação explícita da gestão com a política de redução de danos. Sem querermos fazer digressões, o próprio termo Mais Vida parece evidenciar vitalidade e inclusão social. Atualmente, como desdobramento das ações do Consultório de Rua do Programa Mais Vida, existe uma iniciativa nomeada Projeto Fábrica, ligado à Gerência da Política Municipal sobre Drogas da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Recife, em parceria com a Gerência de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Secretaria de Saúde, junto com o Movimento Cultural Fazendo Arte (MCFA). Essa nova experiência parece manter a chama acesa dos pilares anteriormente defendidos pelo Programa. Como objetivo primordial, o Fábrica pretende criar “espetáculos denúncias”, para tentar educar e narrar a realidade de forma lúdica chamando atenção da sociedade para prevenir situações de violência que crianças, adolescentes e jovens estão expostas cotidianamente. Torçemos para que essa seja uma ação mantida independente do ano eleitoral já disparado e que este projeto seja assumido pelos sistemas programáticos do município do Recife.
- 2- O equívoco de focar nas substâncias, demonizando-as e criminalizando a pobreza trazem ora, de forma subliminar e ora explícita, o ódio social aos negros, pobres, transexuais e mulheres abarrotando o sistema prisional com esse público. Tal aspecto ainda é pouco discutido e/ou compreendido pelas equipes como um problema que também lhes cabe, o que evidencia uma dificuldade dos profissionais de lidar com as desigualdades de gênero e raça/etnia.
- 3- A concentração de vários equipamentos Consultórios de/na Rua, Atitude nas Ruas em áreas de maior vulnerabilidade e pela dificuldade de um trabalho

realmente integrado; apesar da aproximação das equipes da atenção básica da saúde (SUS) com a proteção básica da assistência social (SUAS) há uma superposição de ações para alguns e ainda um grande abandono das políticas públicas em muitas áreas, deixando várias pessoas sem qualquer tipo de atenção e cuidado, ainda na posição de “invisíveis”, o que configura a necessidade de incorporação da lógica dos direitos humanos visando à redução da vulnerabilidade.

- 4- Tangenciar o cuidado no sentido da intersectorialidade não é fácil, estamos num processo de ensaio, de modo que apesar dos acertos, temos aspectos que demonstram claramente o distanciamento das ações no território, seja na intrasetorialidade, a exemplo dos CAPS AD com as Equipes de Saúde da Família - com as atividades de matriciamento de rede, discussão dos casos, equipes de referência, consultas compartilhadas etc. - seja na intersectorialidade - fóruns intersectoriais, participação do controle social, conselhos gestores intersectoriais etc. A necessidade de expansão das ações colegiadas carecem de acontecer espontaneamente, para além dos impulsos dados por uma ou outra gestão mais comprometida com as premissas aqui já discutidas. Falta aos trabalhadores e usuários(as), o sentimento de pertença a um projeto maior que os “habilite” como “gestores” de seu próprio cuidado. Um maior investimento da RAPS na *advocacy* das pessoas que usam drogas, bem como investimento na educação permanente. Isto advém da vontade política de municípios e estados.
- 5- Financiamento e sucateamento dos serviços. Dois temas intrinsecamente constituídos: sem financiamento cresce o sucateamento. O cenário atual dos serviços de saúde mental do Recife, sejam os CAPS AD, sejam as UA e mesmo os CR penam pelo descaso e desinvestimento. Não tão diferente disso está o Programa Atitude que passa por um período de contingenciamento de recursos, assim como todo o Estado de Pernambuco, o que evidencia uma fragilidade nos sistemas de políticas e programáticos.
- 6- Apesar da garantia oferecida pelos sistemas legais ainda existe lacunas na compreensão dos profissionais quanto a Redução de Danos como impulsionador dos direitos humanos para as pessoas em situação de rua: essa premissa ainda se encontra aquém da necessidade real e concreta para as ações acontecerem em maior conteúdo nos territórios.

Assim, neste ciclo atual de ódio que estamos vivendo no Brasil, no qual a intolerância tem encontrado grande respaldo popular, como cuidar das nossas crianças e adolescentes em situação de rua e que usam drogas? Como cuidar das pessoas em situação de vulnerabilidade pela exclusão social? Não podemos falar de direitos humanos de forma que essa fala se perca! A “banalidade” atual do uso do “termo” direitos humanos não pode nos confundir ou nos fazer desvalorizar a questão.

A realidade sociopolítica contemporânea tem expressado quadros de desigualdades e pressões históricas e constituintes do cotidiano de inúmeras cidades e países em todo o mundo. A existência humana atravessada pela violação de direitos tem ocupado o debate entre diferentes atores e instituições, em que pesem diferentes leituras e óticas de análise para compreendermos e propormos saídas para a superação de sérios entraves à edificação de um *modus* de vida justo: pobreza e miséria, violências de inúmeros tipos, retração e instabilidade dos postos de trabalho e conseqüente desemprego e/ou subemprego estruturais, extermínios de grupos étnicos, guerras e invasões de territórios nacionais, especulação econômica com previsão de ganhos desigualmente distribuídos, práticas de higienização e reclusão outorgada de contingentes populacionais, em que se inserem pobres, negros e usuários(as) de drogas.

Nesta perspectiva é importante salientar, para efeitos que nos interessam para a produção deste capítulo, que os direitos humanos podem ser e têm sido utilizados como argumento para a execução de práticas proibicionistas, de violação de liberdades e manutenção de opressões históricas em nome da garantia do *status quo*. Este alerta, lança luz para aqueles ocupados em um fazer crítico e com perspectivas emancipatórias, sendo importante o cuidado em nos diferenciarmos ao empregarmos e utilizarmos a V&DH como estratégia de trabalho, pois a perspectiva da RD está alicerçada no direito de liberdade de escolha e cidadania de usuários(as) de drogas.

Recomendamos, portanto, atenção à complexidade sobre a questão da V&DH que envolve o olhar para usuários(as) de crack e outras drogas, pois quando nos referimos a complexidade deste cuidado, falamos sobre a importância de apreender no Projeto

Terapêutico Singular (PTS) destes/as a especificidade do quadro de V&DH em que estes/as se encontram. Percebemos que o quadro da V&DH precisa ser incorporado na formação dos profissionais da rede de cuidado para reverberar nas intervenções com as pessoas que usam drogas.

Gostaríamos de deixar registrado que o falecido Programa Mais Vida de Redução de Danos da Prefeitura do Recife, deixou uma forte herança na RAPS que compõe o Estado de Pernambuco, pois, a despeito da descontinuidade efetivada por gestões da prefeitura posteriores à sua implementação, o Estado de Pernambuco parece não ter se desvincilhado da estratégia da RD como forma de cuidado com usuários(as) de drogas. Acreditamos que o Programa Atitude seja fruto desta herança que, dentre outras aprendizagens, nos faz refletir cotidianamente que a baixa exigência é fundamental para o acolhimento e adesão de usuários(as) de crack à RAPS. Finalmente, as experiências relatadas nos deixam uma certeza de que, apesar dos avanços ainda temos muito para aprender acerca do cuidado com usuários e usuárias de crack.

Vale lembrar que nada é natural, tampouco o arcabouço legal e jurídico sob o qual nos inscrevemos. Para tanto, a resposta não está dada, mas está a construir-se a partir dos diferentes sujeitos políticos implicados na construção de uma vida em sociedade que tenha um horizonte ético e emancipatório para todos e todas.

Referências

ALVES, D.S.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ/Abrasco, 2006. cap. 14, p.221-240.

BOITEUX, L.; PÁDUA, J.P. **A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual política do Brasil**. 2013. Disponível em: <http://www.academia.edu/5205333/A_desproporcionalidade_da_lei_de_drogas_os_custos_humanos_e_econômicos_da_atual_política_do_Brasil_2013_>. Acesso em: 24 jun 2016.

BOITEUX, L. Opinião pública, política de drogas e repressão penal: uma visão crítica. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça, proximidades e opiniões**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

BRASIL. Leis, etc. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 10 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre perfil das comunidades terapêuticas**. Brasília, 2004.

_____. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde –SUS** (PEAD (2009-2010), instituído pela portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009. Brasília, 2009.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011a. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html> Acesso em: 16 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos: saúde e cidadania**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Observatório crack. **Observatório Crack, É Possível Vencer**. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>. Acesso em: 12 abr 2016.

BRASIL. Portaria nº 1028, de 1 de julho de 2005. **Portaria Nº 1.028/**: GM DE 1º DE JULHO DE 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>. Acesso em: 12 ago 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa civil.Subchefia para assuntos jurídicos.**Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 10 nov 2015.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos** (PNDH – 3). Brasília: SEDH/PR, 2010.

BURGIERMAN, D.R. **O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas**. São Paulo: Leya, 2011, p.270.

CAMPOS, A.R.; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R.C.; ALMEIDA, R.B.A importância da interface entre o PSF e o CAPS AD na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11.; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8, 2006, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 2006.

CAMPOS A.R. et al. Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n. especial, 2013, p.21-30.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

CRUZ, M. S; VARGENS, R. W; RAMOA, M. L. **Crack**: uma abordagem multidisciplinar. Brasília: Ministério da Educação, 2010.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

FRANCISCO, G; ESPÍNDOLA, L. Consultório na Rua de Recife: experiência de atenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas com população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção de saúde. Curitiba: Juruá, 2012. v.1, p.23-41.

MATA, S.; FERNANDES, L. A construção duma política pública no campo das drogas: normalização sanitária, pacificação territorial e psicologia de baixo limiar. **Global Journal of Community Psychology Practice**, Universidade do Porto, v.7, n. 1S, Feb. 2016.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p 117-160.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E.E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Ed. Xamã, 1998.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. 2016. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/definicao>. Acesso em: 05 mar 2016.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R. (orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília; Salvador: SENAD/CETAD, 2010.

NETO, A.G.C. **Avaliação das apreensões de crack no Estado de Pernambuco no período de 2002 a 2007**. 2009. Monografia (Curso de graduação de biomedicina) - Centro de Ciências Biológicas da UFPE, 2009.

NOTO, A.R. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997**. 1998. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

PARKER, R; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. 45p. (Coleção ABIA. Cidadania e Direitos, 1).

PERNAMBUCO. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. Decreto EstadualNº 35.065/2010. **Diário Oficial**, Recife, 2010.

RECIFE. Leis, etc. **Decreto Nº 26.068**; Plano Ação Integrada de Atenção ao Crack e outras drogas no âmbito da Administração Municipal. Recife, 19 set. 2011.

RONZANI, T.M.; NOTO; SILVEIRA. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes lança o relatório anual de 2014**. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/03/04-junta-internacional-de-fiscalizacao-de-entorpecentes-lanca-o-relatorio-anual-de-2014.html>>. Acesso em: 5 mar 2016.

EXPERIÊNCIAS DO RIO DE JANEIRO E NOVA IORQUE COM O TRABALHO COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Danielle Vallim

"Dorme igual flor no gramado, e um vira lata magrinho de aliado."

(Emicida, "Mufete")

Este estudo desenvolve um olhar sobre o indivíduo que consome crack abusivamente nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque, especialmente os que se encontravam em situação de vulnerabilidade social. Neste sentido, buscou-se conhecer de que forma o processo de vulnerabilidade social corroborou para o uso abusivo da droga, concentrando, principalmente, o foco sobre os que se encontravam em condição marginal, especialmente aqueles que viviam em situação de rua, residindo nas cenas de uso de ambas as cidades. Entende-se por cena e/ou território de uso a utilização de um espaço com concentração de usuários de crack fazendo uso da droga.

Rio de Janeiro e Nova Iorque foram escolhidas por apresentarem população usuária abusiva de crack em número considerável.

Por isso, pretendeu-se analisar se os perfis socioculturais desses sujeitos se assemelhavam. Foram analisados significados complexos e conotações socioculturais que exerciam influências significativas nas motivações ao consumo abusivo da droga.

Durante os procedimentos de pesquisa viu-se que grande parte da população analisada já se encontrava em situação de rua em processo anterior ao uso de crack, ou seja, o uso abusivo não foi a razão pela qual se encontravam em situação de rua, mas sim, suas mazelas sociais, familiares, culturais e econômicas. Independente de quão marginais possam ser em números absolutos, esses indivíduos que ocupam espaço fazendo uso abusivo de crack nas ruas dessas duas cidades, não podem ser ignorados, eles precisam ser entendidos. Tal motivação originou este artigo que tentará expor a realidade desses sujeitos. (BOURGOIS, 2003)

■ Método

Foi aplicado o método qualitativo de pesquisa, apoiando-se nas técnicas de observação participante, entrevistas semiestruturadas, diários de campo e histórias de vida.

A observação participante permitiu a inserção da pesquisadora nos campos de vivência dos indivíduos analisados e a compreensão dos problemas ou impasses que necessitavam ser analisados em maior detalhe, o que resultou em uma relação de bastante proximidade entre pesquisadora e os sujeitos pesquisados e possibilitou captar significados, visões de mundo e concepções ideacionais dos usuários abusivos de crack, nos locais em que se encontravam fazendo uso da droga.

No Rio de Janeiro a pesquisa ocorreu entre os anos de 2011 a 2014 e em Nova Iorque, entre 2013 a 2014. No percurso da pesquisa foram visitadas 33 cenas de uso, sendo 27 no Rio de Janeiro e seis em Nova Iorque, todas localizadas em espaços públicos ou em áreas abandonadas. Em consequência, ocorreram diversos diálogos, conversas e observações com centenas de usuários abusivos de crack e outras drogas.

Também foram realizadas 90 entrevistas semiestruturadas nas duas cidades. No Rio de Janeiro, foram aplicadas 45 entrevistas se-

miestruturadas a usuários abusivos de crack localizados nas cenas de uso de Jacarezinho, Manguinhos, Glória e Central do Brasil. Tais entrevistas foram realizadas em conjunto com as pesquisadoras Christiane Sampaio⁵⁴ e coordenadas por Alba Zaluar⁵⁵.

Em Nova Iorque, também foram realizadas 45 entrevistas semiestruturadas a usuários abusivos de crack e heroína na sede da Washington Heights Corner Project (WHCP), uma organização que atua através da abordagem da Redução de Danos e na superação do estigma associado ao uso de drogas com a população usuária abusiva, residente no bairro de Washington Heights, Manhattan – NY. Tal pesquisa ocorreu sob minha coordenação, juntamente com Carl Hart⁵⁶ e Robert Fullilove⁵⁷ e sob a responsabilidade do Departamento de Ciências Sociomédicas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia.

Faz-se necessário esclarecer que, para a aplicação da pesquisa qualitativa em Nova Iorque, ainda que as entrevistas tenham ocorrido na sede da WHCP, os participantes entrevistados, em ambas as cidades, seguiram o mesmo perfil: usuários abusivos de crack em situação de vulnerabilidade social e, em grande parte, vivendo em situação de rua e frequentando cenas de uso abertas.

O mesmo roteiro foi aplicado nas duas cidades contendo questões relacionadas ao perfil sociocultural dos participantes, tais como: idade, sexo, gênero, moradia, escolaridade, trabalho, renda, família, cenas de uso, raça, estigma e história de relação com a droga.

Foram utilizados informantes locais - pessoas conhecidas nos territórios, tanto pelos traficantes, quanto pelos usuários e muito familiarizados com as dinâmicas relacionadas ao uso de drogas nas duas cidades - o que possibilitou maior acesso e segurança aos locais frequentados e colaborou significativamente com a jornada da pesquisa. Em Nova Iorque, os informantes foram Tina, Lauren e John e no Rio de Janeiro, D. Carla.

⁵⁴ Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria, RS.

⁵⁵ Professora Doutora do Instituto de Estudos Sociais e Políticos – IESP e Coordenadora do NUPEVI.

⁵⁶ Professor associado do Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Universidade de Columbia, Nova Iorque.

⁵⁷ Professor associado do Departamento de Ciências Sociomédicas da Escola de Saúde Pública da Universidade de Columbia, Nova Iorque.

Os nomes dos participantes e informantes utilizados neste artigo são fictícios, respeitando a confidencialidade dos sujeitos. Todos os participantes entrevistados possuem idade igual, ou superior a dezoito anos. A realização das entrevistas foi devidamente aprovada pelos respectivos Comitês de Ética. No Rio de Janeiro, o projeto “Prevenção da violência, uma perspectiva ecológica” foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob registro 0006. 0. 259.000-11 e em Nova Iorque, o projeto “Crack cocaine users. Their vulnerabilities and social conditions: one analysis about New York City” foi aprovado pelo Institutional Review Board (IRB) da Columbia University Medical Center, pelo número IRB AAAM9907.

■ Resultados

Crianças e jovens em trânsito e em direção à rua são marcados por um estilo de vida construído por adesão a um espaço imerso em situações de vulnerabilidades, tais como: falta de proteção, exposição exagerada, assédios, entre outros. Este conjunto de dispositivos e situações promove “a construção de estratégias de mecanismos de manipulação e defesa que acabam por formar um tipo de sociabilidade que se produz e reproduz tendo como referência o grupo, ‘a turma’, o ‘bando’, que se opõe à casa, à família como forma de organização de vida” (ADORNO, 1996, p.4) e o uso de substâncias psicoativas como o crack, pode ser entendido como uma das atividades que pertencem a esse circuito, “tornando-se um elemento ‘identitário’ da vivência no espaço da rua.” (RAUP; ADORNO, 2011, p.59)

Não se pretende afirmar que a população usuária é uma população em situação de rua, contudo, como tal pesquisa analisa uma parcela da população usuária abusiva de crack em condição de vulnerabilidade e frequentadora de cenas de uso, a quantidade de participantes vivendo em situação de rua foi consideravelmente expressiva.

Considerando que as cenas de uso que fizeram parte desta investigação geralmente se concentravam em espaços públicos e abertos, leva-se em consideração a correlação entre a presença deste gru-

po nas cenas por tempos longos fazendo uso de crack. Diante disso, busca-se entender os fatores que determinam a situação de moradia e as condicionantes sociais, culturais, familiares, econômicas e relacionadas ao uso da substância a partir das trajetórias pessoais.

A submissão ou, em alguns casos, escolha por esta forma de organização de vida em trânsito e em situação de rua, em que se tem como referência a “turma” e o “bando”, contrapõem-se à participação familiar e aos cuidados relacionados à constituição de um lar. (ADORNO, 1996) Portanto, tanto na população analisada nesta pesquisa no Rio de Janeiro, quanto em Nova Iorque, houve a ocorrência de falhas sociais no modo de organização de vida referente: 1) à ausência parental; 2) ao abandono; 3) à miséria; 4) à desestrutura familiar; 5) ao uso de crack; 6) à violência nos territórios habitados anteriormente. Em Nova Iorque, além destes aspectos, viu-se também: 7) dificuldade da família para lidar com o uso abusivo de drogas; 8) e efeitos da política de encarceramento.

No Brasil, a pesquisa realizada pela Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014) revela que aproximadamente 40% dos usuários de crack no país e 47% nas capitais encontravam-se em situação de rua. No Rio de Janeiro, do total de participantes entrevistados para esta pesquisa, 78% também se encontravam em situação de rua; 11% alternavam entre casa e rua; e 11% tinham residência fixa.

Em Nova Iorque, do total de participantes entrevistados para esta pesquisa 60% possuíam residência fixa e 40% se encontravam em situações instáveis no que se refere à moradia, vivendo em abrigos, morando de favores ou em situação de rua. Contudo, é importante ressaltar que dentre os participantes que se declararam possuindo residência fixa, uma parcela era frequentadora das cenas de uso e a maioria apresentou condição de moradia instável e/ou precária, oscilando entre a casa e a rua, morando de favor na casa de algum conhecido, parente, amigo, ou alugando quartos.

Devido às instabilidades diárias referentes à situação de moradia em função do uso de drogas, conflitos familiares e dificuldades econômicas, os abrigos tinham um papel importante para a população usuária nova-iorquina, muitas vezes utilizados como residência permanente, ou temporária. Um dos vários exemplos observados

é exposto no relato de Meg, uma das participantes entrevistadas, diagnosticada com depressão profunda. Por tal diagnóstico, o governo disponibilizou vaga em um abrigo feminino, onde dividia quarto com outra mulher e recebia os benefícios do governo (SSI e Food Stamps⁵⁸). Ela disse morar no abrigo há dois anos e considerava usufruir de uma vida cômoda. Vários outros relatos de participantes descreviam a passagem por abrigos por períodos que variavam entre um dia a vários meses.

Já no Rio de Janeiro, não houve indícios de moradias em abrigos, assim como também não foi observada a presença de instituições que pudessem prover estes serviços. Em nenhuma das duas cidades houve indícios de trabalho de instituições de abrigo atuando no território com a população. A busca por abrigos foi observada como sendo providenciada por meio dos serviços de articulação em redes das instituições que atuavam com redução de danos nas cenas de uso, sendo os Consultórios de Rua, no Rio de Janeiro e a WHCP, em Nova Iorque.

A partir da análise realizada com participantes nas duas cidades, viu-se que parte da população investigada já se encontrava em situação de rua em processo anterior ao uso abusivo de crack. Contudo, no Rio de Janeiro, isto se apresentou na maioria dos entrevistados. Neste sentido, o uso da droga ocorreu em meio de estilo de vida imerso em vulnerabilidades, assim como expuseram os relatos de Clara e Diego, participantes entrevistados do Rio de Janeiro:

Clara

Pesquisadora – Como está a sua situação de moradia? Você está morando onde? Com quem?

Participante – Aí na frente.

Pesquisadora – Na rua?

Participante – Sim.

⁵⁸ Seguro Social e Benefício Alimentação.

Pesquisadora – Sozinha ou com algum companheiro?

Participante – Com um companheiro.

Pesquisadora – Quanto tempo você mora na rua?

Participante – Um ano.

Pesquisadora – Você saiu de casa por quê?

Participante – Porque eu brigava com a minha mãe.

Pesquisadora – Vocês brigavam por quê? O que o padrasto fazia?

Participante – Ela trocava eu por ele. Eu não podia brincar, não podia sair, só podia olhar meu irmão. Arrumar a casa, fazer comida, tudo era eu. Ela só bebia.

Pesquisadora – E ela bebia muito?

Participante – Sim.

Pesquisadora – Então ela passou a cuidar mais dele do que de você e você passou a cuidar dos filhos desse segundo casamento?

Participante – Eu era obrigada. O que ela não fazia eu tinha que fazer no lugar dela. Era assim: eu não podia brincar, não podia sair. Se eu saísse teria que levar criança comigo. Só andava com criança pendurada no meu colo.

Pesquisadora – E isso foi te cansando? Até você sair de casa?

Participante – Fugi de casa para ir ao baile, mas ela me achou, me bateu, me botou de castigo, aí eu enjoei e fugi de vez. Ela falou que eu não iria mais sair, aí eu saí.

Diego

Pesquisadora – Você continua morando com a sua mãe?

Participante – A polícia que me deu um tiro está lá ainda (...) Tomei seis tiros (...) uma bala tirou e a outra está aqui no joelho. Aí cortou o nervo e deu má circulação.

Pesquisadora – Agora deu má circulação?

Participante – Já tinha dado, já. Ficou preto e o médico cortou pra amputar.

Pesquisadora – Você agora está morando aonde?

Participante – Aqui em Manguinhos.

Pesquisadora – Tem quanto tempo que você está morando na rua, que você saiu de casa?

Participante – Mais de cinco anos aqui.

Pesquisadora – Na rua?

Participante – No Manguinhos [em situação de rua].

Nova Iorque também teve uma população que se encontrava em situação de rua em período anterior ao uso de drogas, em consequência, principalmente, dos problemas familiares, do abandono e de conflitos familiares.

Várias foram as justificativas relacionadas à situação de moradia, tais como: 1) pobreza; 2) consequência do uso abusivo de drogas; 3) conflitos familiares representados por relações abusivas; 4) dificuldades da família para lidar com o uso de drogas; 5) passagem em sistema carcerário, entre outros. Alguns relatos de participantes traduziam a situação:

Entrevista 1

Pesquisadora: Porque você mora nas ruas?

Participante: Eu moro nas ruas desde os 11 anos. Eu não sei, eu queria liberdade e eu consegui liberdade (...) meus pais tinham um relacionamento abusivo.

Pesquisadora: Quantos anos você tinha quando começou a usar drogas?

Participante: eu comecei a usar drogas com 12 anos, nas ruas.

Pesquisadora: E o crack, quanto anos você tinha quando começou a usar crack?

Participante: 18 anos.

Entrevista 2

Participante: Minha mãe era doente mental. Eu fui criada pelo sistema [orfanatos].

Pesquisadora: Como você começou a usar drogas? Quantos anos você tinha?

Participante: Não houve razão. Eu cresci em projetos [orfanatos]. Tava na rua e aconteceu.

Pesquisadora: E o crack, como você começou a usar crack?

Participante: Eu não sei! Eu apenas sempre estive lá [nas cenas de uso, em situação de rua].

■ As cenas de uso e a territorialização do consumo

A associação estabelecida entre o corpo e a substância constitui uma rede de relações territoriais e pessoais que envolvem uma série de fatores, conferindo, ao uso e seus usuários aspectos dados por indesejáveis e reforçando os sentimentos de intolerância e repugnância gerados pelo uso contínuo da pedra em locais públicos e a imagem dos usuários que, por diversas vezes se apresenta com aspecto físico de baixo peso, pouca higiene, corpos abjetos. (VALLIM; ZALLUAR; SAMPAIO, 2015; RUI, 2012) Neste sentido, as cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e em Nova Iorque representam o local dos iguais, dos que se veem e se consideram aceitos e reconhecidos entre si.

Para os usuários abusivos de crack, a rua, mais precisamente, as cenas de cenas de uso, são locais onde se constroem as redes de sociabilidade e identificação com estilos de vida. Determinam certa “cumplicidade” entre iguais onde se fortalece e dimensiona as relações, na medida em que o grupo se identifica com o processo

de estigma e exclusão social, apropriando-se destes locais como um espaço de identificação comum, fortalecendo a territorialização do consumo. (MEDEIROS, 2010)

Esses usuários nas cenas de uso, por terem desenvolvido práticas sociais consideradas “desviantes” a que se atribui grandes custos sociais, distanciam-se de valores e regras consideradas socialmente aceitas pela “maioria” da sociedade e, por consequência, convivem com estigmas e exclusões inerentes a tais desvios, resultando em “separação e confinamento deste grupo em um espaço delimitado, sem interação com os moradores mais próximos. (VALLIM; ZALLUAR; SAMPAIO, 2015) Isto resulta num processo de marginalização e reforça “atitudes e comportamentos considerados inadequados, aumentando ainda mais os desvios, os preconceitos e a exclusão social.” (VALLIM; ZALLUAR; SAMPAIO, 2015, p.213)

■ Aspectos das cenas de uso no Rio de Janeiro e em Nova Iorque

No Rio de Janeiro

Para esta pesquisa, no Rio de Janeiro, foram visitadas 27 cenas de uso de crack: Afonso Pena, Antares, Cajueiro, Campo Santana, Cidade Nova, Campo da Coréia, Cruzamento da Avenida Democráticos, Parque União, Linha do trem de Jacarezinho, Leopoldina, Praça da Bandeira, Mandela, Padre Miguel, Providência, Sambódromo, Madureira, Vila do João, Tatuí, Central do Brasil, Glória, Padre Miguel, Casa das Primas, Maré, Chupa Cabra, Base 10 e Bairro Carioca.

A maioria dos espaços físicos ocupados pelas cenas tinha o mesmo aspecto: situados em locais públicos, abertos, descobertos, com usuários por vezes se abrigando embaixo de viadutos e pontes. Nesses espaços, duas cenas de uso tinham como característica algumas salas que serviam de moradia e uso de droga. Apenas uma cena, no Tiutí, em Madureira, usufruía de espaço totalmente fechado. Boa parte das cenas encontravam-se em locais ou comunidades sob domínio do tráfico, sendo presenciados momentos de conflitos entre tráfico e polícia, com tiroteio.

As cenas normalmente também eram utilizadas como moradia e espaços de sociabilidade.⁵⁹

Em Nova Iorque

Em Nova Iorque, foram visitadas seis cenas de uso localizadas no bairro de Washington Heights. Concentravam-se basicamente em três espaços: embaixo da ponte, que também era usada como moradia para esta população; parques públicos; e nos terraços (*rooftop*) dos prédios. Entre as cenas visitadas, quatro encontravam-se embaixo da ponte George Washington Bridge, uma em parque público e uma em um terraço de um prédio. As características físicas das cenas assemelhavam-se muito as do Rio de Janeiro: sujas, com objetos de uso pessoal e coletivo espalhados e vestígios de aparatos usados para o consumo.

O número de usuários de drogas injetáveis, especialmente a heroína, era bastante grande, por isso, as cenas normalmente possuíam uma grande quantidade de seringas e agulhas usadas, espalhadas nos locais. Na execução de trabalhos de recolhimento de seringas e agulhas usadas, juntamente com a equipe da WHCP em três cenas de uso, por diversas vezes, durante o outono e inverno, em dias frios, recolhia-se uma média de 200 seringas e agulhas usadas. A equipe da WHCP informou que, com a chegada do verão, em dias quentes, já foi possível recolher mais de 1.000 seringas e agulhas usadas em um dia.

Observou-se que a frequência dos usuários nas cenas de uso era dada em função de algumas influências externas. Isto fazia com que o fluxo de pessoas nas cenas durante o dia fosse consideravelmente muito baixo. Viu-se que alguns fatores interferiam nessas atitudes, tais como:

- 1) Ações policiais nas cenas de uso. De acordo com informações dos participantes, a polícia costumava frequentar as cenas, expulsando-os dos locais, por isso, buscavam pontos mais escondidos, de forma a não ficarem muito expostos. Em um dia de visita a uma

⁵⁹ O artigo publicado por Vallim et al (2015a) retrata, com maiores detalhes, os aspectos relacionados às cenas de uso no Rio de Janeiro.

cena de uso aberta embaixo da ponte George Washington Bridge (portanto, mais exposta à visibilidade), estava acompanhada de Junior (um dos participantes da pesquisa), que revelou que, em cenas deste tipo, não é possível dormir em função das repressões policiais:

Participante: Às vezes, a polícia checa locais como este, por isso ninguém vem aqui para dormir, eles vão para outros pontos, outros parques, locais mais afastados, mais escuros, tipo, escondidos.

Pesquisadora: Você pode repetir o porquê?

Participante: Por que, por que agora as pessoas não podem mais ficar aqui na frente expostas, porque a polícia te tira, então agora você tem que ir para locais mais afastados, mais escondidos para dormir, você não pode ficar aqui.

- 2) A importância do trabalho desenvolvido pela WHCP. Como a organização atua na ótica da redução de danos e atenção à população usuária de drogas do bairro de Washington Heights, desenvolve, em seu espaço físico, diversas atividades internas, além de oferecer banheiro, lavanderia, doação de roupas, alimentos, café, e salão de convívio. Por isso, os participantes que se encontravam vivendo em situação de rua costumavam passar o dia (durante o horário de expediente) na sede da ONG para desfrutar dos serviços e acolhimento oferecidos.
- 3) O clima também interferia grandemente, em especial nas estações de baixas temperaturas como outono e inverno, chegando até 20º *celsius* abaixo de 0º. Por isto, em estações frias, os participantes buscavam se refugiar do frio em espaços de acolhimento e aquecidos, como McDonald's e, principalmente, a WHCP, durante o horário de expediente da organização, de 09h às 18h.

As cenas localizadas embaixo da ponte eram as mais frequentadas. A maioria dos participantes da pesquisa que declararam estar vivendo em situação de rua moravam nesses locais. Os parques públicos também eram frequentados para uso e dormitório com mais frequência durante a noite, em função do grande número de pes-

soas, vigias e policiais utilizando estes espaços no período do dia, assim como exposto no relato de John, explicando a dinâmica de uso no local:

Participante: Então, várias pessoas querem usar a droga de forma tranquila, então eles vêm ao parque e fazem uso sossegados.

Pesquisadora: E sobre os policiais?

Participante: A polícia é a única preocupação quando você vem usar no parque. Há muita preocupação sobre a polícia. Você tem muito com o que se preocupar com a polícia aqui, porque todas as vezes que você vem a este parque para usar, a polícia pode te pegar. Tem que se estar atento.

Pesquisadora: Por que eles não estão aqui agora?

Participante: A razão por eles não estarem aqui é que preferem se drogas durante a noite.

Pesquisadora: Por quê?

Participante: Porque é mais fácil.

Pesquisadora: Mas, e a polícia?

Participante: A polícia vem às tardes. Entre 15h e 16h a polícia chega. Você sabe, a polícia sempre vem neste horário porque eles querem a garantia de que vão prender alguém.

Pesquisadora: E à noite, a polícia não vem?

Participante: Durante a noite também, mas, ainda assim, as pessoas vêm aqui e fumam crack neste parque. Eles não se importam. Tudo o que querem é ficar chapados.

Relatos de vários participantes indicavam, também, a utilização de terraços de prédios (*rooftop*) da vizinhança para uso de drogas, especialmente crack. Para eles, o uso desses espaços foi considerado como o mais seguro, por estar longe da presença da polícia e de outras pessoas, impossibilitando que sejam vistos. A entrada nestes prédios exigia o aguardo do ingresso de algum morador.

Neste caso, eles simulavam serem visitantes e entravam no prédio junto com o morador, encaminhando-se diretamente ao terraço para uso da droga. Foi impressionante a quantidade de participantes declarando invadir terraços para uso de crack. Eu mesma, em um dia de pesquisa de campo, frequentei um terraço levada por John, que descreveu o porquê de utilizar o terraço:

Pesquisadora: E sobre os terraços?

Participante: Os terraços, você está mais seguro nos terraços do que em qualquer outro lugar.

Pesquisadora: Mas como você vai para os terraços, como entrar?

Participante: Apenas abro a porta! Vou te mostrar!

Nesse dia, fomos a um prédio na rua 176, entre a avenida Saint Nicholas e a Avenida Audubon. John se encontrava em situação de rua há muitos anos (seus relatos indicam 19 anos) e, por isso, era muito conhecido e, aparentemente, bem visto no bairro de Washington Heights. Ao demonstrar como se procedia para ingresso no prédio que costumava frequentar, me surpreendi: ele tinha o aval dos moradores para este procedimento. Explicou-me que era conhecido da síndica e dos moradores que permitiam que fizesse uso de crack naquele ambiente. Era uma tarde de verão, em julho. Na frente do prédio, três pessoas estavam sentadas em cadeiras postas na calçada: a síndica e dois moradores. Cheguei com John, fui apresentada como sua amiga brasileira. Fomos cumprimentados com sorrisos simpáticos. Entramos no prédio sem nenhuma dificuldade. Subimos de elevador até o terceiro andar, onde John possuía um esconderijo em cima de uma viga no corredor do andar em que guardava seu *pipe* – cachimbo de vidro, usado para fumar crack. Ele pegou seu cachimbo (*pipe*) e subimos ao terraço. Neste dia, John não fumou crack perto de mim, estava apenas mostrando como procedia sua entrada no prédio. Perguntei como procedia à noite. Ele respondeu que aguardava a entrada de moradores para o ingresso, mas que evitava fazer uso no prédio em períodos noturnos. Ao sairmos, a síndica e os dois moradores ainda se encontravam na calçada. Ace-naram com simpatia, despedindo-se.

A utilização dos terraços para uso de droga gerou outras situações narradas pelos participantes como “famosas” no bairro. Em uma das situações, uma usuária de heroína entrou no prédio, localizado entre a Avenida Audubon e a Rua 176, para fazer uso da droga e deixou a agulha usada após ter injetado a heroína no local. Tal objeto foi encontrado por uma criança que a pegou para brincar. A mãe surpreendeu a criança com a agulha e ficou indignada. Chamou a polícia e manifestou-se pelo bairro. Segundo os participantes, após este incidente, não foi mais possível a entrada neste prédio.

■ Aspectos sobre os cuidados e organizações de redução de danos no rio de janeiro e em nova iorque.

Entende-se por Redução de Danos (RD), o conjunto de medidas de saúde pública, envolvendo alternativas de uso de menores riscos e danos aos consumidores de álcool e drogas e à sociedade. As ações de RD visam reduzir os impactos do uso prejudicial de álcool e outras drogas através de medidas de saúde pública e tem como foco os cuidados com o indivíduo e o respeito pelo seu consumo de drogas, sem exigir a proibição ou a abstinência do uso.

No Rio de Janeiro, observa-se a atuação dos Consultórios de Rua (CR) como parte da política de saúde pública instituída pelo Governo Federal para atender às necessidades da população em situação de rua, assim como exercer ações de redução de danos no território onde se encontra a população. O trabalho do CR surgiu em função das demandas para prover atendimento especializado à população em situação de rua, particularmente usuários de drogas em situação de vulnerabilidade. Em função das dificuldades desta população de adesão ao modelo tradicional dos serviços de saúde, o objetivo era ampliar o acesso dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS às pessoas que usavam álcool e outras drogas, por meio de ações de profissionais de saúde nos territórios de uso.

Três Consultórios de Rua (CRs) foram analisados na cidade do Rio de Janeiro: CR que atende a região Central da cidade, localizada na Praça da Cruz Vermelha; CR que atende à comunidade de Manguinhos e adjacências; e o CR que atende a comunidade do Jacarezinho e adjacências. Estes dois últimos estão inseridos em suas respectivas comunidades.

A equipe de profissionais normalmente é composta por médico com especialidade em saúde mental, enfermeiros, psicólogos, agentes de saúde, redutores de danos, técnicos de enfermagem, musico-terapeutas, auxiliar administrativo e uma coordenação.

Dados informados pela equipe do CR de Jacarezinho em visita para execução desta pesquisa, em março de 2013, indicavam que 91% da população atendida eram de usuários de crack. A maioria dos pacientes atendidos pelos CR Manguinhos também era usuária de drogas, assim como uma grande parte dos pacientes atendidos no CR da Praça da Cruz Vermelha.

Uma parcela das ações do CR ocorre diretamente no território onde se encontra essa população à ser atendida. Os profissionais vão ao encontro dessa população nas cenas de uso com atuação na ótica da RD e com base no respeito à liberdade de escolha sobre a substância consumida. Com isso, ainda que os usuários do serviço não desejem se abster do uso de drogas, a medida de saúde utilizada é a redução dos riscos e danos físicos, sociais e psicológicos decorrentes do uso abusivo de drogas. Sendo assim, a liberdade de escolha é um princípio fundamental para o usuário do serviço de saúde. (VALLIM, 2015) Para que ocorra o acesso de pessoas usuárias abusivas de drogas aos serviços de saúde e aos insumos de proteção e redução dos danos, a abstinência não é uma medida de exigência, mas sim, um resultado possível de ser alcançado.

Porém, em vários momentos foi observada a dificuldade de execução do trabalho dos profissionais em decorrência da falta de insumos necessários à prática de redução de danos. Foram acompanhadas diversas visitas dos profissionais nos territórios de uso e estes possuíam apenas a camisinha como insumo distribuído. Não havia insumos para distribuição de aparatos de uso em caráter individual (cachimbos para o crack, canudos para a cocaína cheirada, etc.), tampouco guias ou manuais de orientação sobre as formas de se reduzir os danos ao fazer uso da droga. A eficiência do trabalho dava-se por meio do empenho de seus profissionais, que buscavam orientar os usuários sobre as melhores práticas de uso e atendê-los em seus problemas de saúde e, muitas vezes, sociais.

■ Os Consultórios de Rua (CRs) e seus efeitos

Desde o ano de 2012, o trabalho dos Consultórios de Rua nas cenas de uso das comunidades de Jacarezinho e Manguinhos foram acompanhados para esta pesquisa, e o que se percebeu foi que o efeito do trabalho exerceu um fator determinante na: 1) diminuição de práticas de risco promovidas pelo compartilhamento de aparatos de uso; 2) maior confiança do grupo de usuários no sistema de cuidados e tratamento; 3) maior acesso aos serviços de saúde e sociais. Gradativamente, foram sendo observados, com mais frequência, usuários utilizando seus aparatos de uso nas cenas cariocas de forma individual, sem compartilhamento, especialmente nas cenas atendidas pelos agentes dos CRs. Acredita-se que esta ocorrência resultou de um prolongado trabalho de conscientização e de construção de vínculos de confiança entre usuários e profissionais de saúde das equipes dos CRs e, também, em decorrência do aprimoramento e maturidade dos usuários sobre as práticas de uso adquiridas com a experiência e tempo de uso.

Em pergunta feita aos profissionais do CR Jacarezinho, questionando sobre o que havia estimulado o interesse dos usuários abusivos de droga em situação de rua aos serviços de saúde prestados por eles, Daniel de Souza (Coordenador) e Leandro (Redutor de Danos) responderam:

Daniel: O usuário, quando chega, a gente quer saber do que ele necessita. Queremos saber sobre outras demandas (...). A droga não é a protagonista na vida deles. É a ponta do iceberg dos problemas sociais.

Leandro: Nosso foco é executar qual a demanda do paciente e agir de acordo com o que ele quer e o que se pode. Dar aquilo que ele está pedindo.

A instituição do CR promoveu, não apenas mudanças nas estratégias de saúde oferecidas, mas também mudanças no discurso do usuário, assim como relata o coordenador do CR Jacarezinho sobre os efeitos do CR um ano após sua instituição:

Não existe mais o discurso do usuário: “[...] Pra me curar, só internado [...]”. Isto era devido à falta de serviços, era uma forma do usuário chamar a atenção. Agora, como possuem acesso aos serviços (de saúde), falam o que querem. Hoje em dia ouve-se muito pouco: “[...] Quero sair da droga, deixar de consumi-la, mas não consigo[...]”. Era um discurso comprado. Hoje em dia, procura-se despertar a consciência dele diante sua situação. *(Daniel de Souza. Coordenador do CR Jacarezinho.)*

O trabalho dos profissionais especializados colabora com a eficácia das ações de cuidados, aumenta a autoestima e estimula a crença nos usuários de que são capazes e podem se beneficiar dos serviços de saúde, tratamento e cuidados. Estas atitudes podem fazer com que se sintam úteis, agindo positivamente na realização de seus objetivos de vida e tratamento, reduzindo o sentimento de desvalor e incapacidade. (RONZANI et al., 2014)

A construção de uma rede de saúde fortalecida e pautada na redução de danos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) faz-se necessária. Contudo, ainda se percebe uma grande dificuldade de integrar as ações de RD nas práticas cotidianas que permeiam a Atenção Básica à Saúde (ANDRADE, 2011) por razões como: 1) preconceito, estigma e abjeção à população em situação de rua; 2) dificuldades dos profissionais de saúde para lidar com questões relacionadas ao uso de drogas em função de preconceito e estigma; 3) desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo 4) receio da exposição profissional à violência do tráfico de drogas nos territórios de consumo; (5) preconceito às práticas de RD.

■ Os agentes de redução de danos e o trabalho no território: uma observação de campo

Em um dia de pesquisa de campo em 2011, fui à uma cena de uso localizada nas proximidades da Central do Brasil para executar processo de recrutamento de usuários para realização de entrevistas e testagem rápida de DST/AIDS, com vistas à pesquisa da Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014) juntamente com Ana Maria, uma profis-

sional agente de redução de danos do CR da Praça da Cruz Vermelha cujos procedimentos e atitudes chamavam atenção, evidenciando aspecto protetor ao dedicar-se aos pacientes em situação de rua. Em meio a uma cena com aproximadamente 35 usuários ela localizou Carlos, um usuário abusivo de crack e portador de uma deficiência neurológica que retardou o processo de amadurecimento das funções cerebrais e, por isso, pensava e agia como criança. Carlos era jovem, com aproximadamente 19 anos, muito carismático e acessível. Foi possível identificar a relação de cuidado e preocupação da agente para com ele. Carlos e outros usuários foram transportados, voluntariamente até a Clínica Oswaldo Cruz para que a testagem DST/AIDS fosse realizada. Carlos chamou-me muita atenção, provocando várias indagações. Como um rapaz com lesão cerebral e mentalidade infantil pôde sobreviver à situação de rua, em cena de uso de crack?

Segundo relato de Ana Maria, ele não possuía família e sobrevivia nas ruas há bastante tempo. Tinha comportamento de criança em corpo de homem e expunha um jeito agradável de ser. Aparentava certa timidez, denunciando necessidade de proteção - confesso que senti vontade de protegê-lo. Considerando sua idade, pôde participar da pesquisa, cujo resultado da testagem rápida foi positivo para HIV. Carlos havia contraído o vírus em função de ter sido vítima de abusos sexuais, estando em situação de rua. A partir daquele momento, necessitaria de acompanhamento, medicação, e cuidados específicos e constantes. Pensava em como isso iria acontecer. Como Carlos seria acompanhado vivendo em situação de extrema vulnerabilidade, usando crack abusivamente e estando em situação de rua? No entanto, Ana Maria já formulava estratégias de ações necessárias para os cuidados com ele, com apoio da saúde pública e cuidados no território, garantindo que seria bem cuidado.⁶⁰

■ Washington Heights Corner Project

O trabalho da Washington Heights Corner Project (WHCP), certamente possui vários aspectos referentes à importância e representatividade desta organização, especialmente no que se refere ao

⁶⁰ Anotações do diário de campo.

impacto dos serviços prestados aos seus participantes. A WHCP é uma organização não governamental que atende a mais de 1000 participantes cadastrados, executa programas de redução de danos nas ruas e cenas de uso, expande o acesso a seringas limpas, fornece recursos e uma ampla gama de serviços de educação, assistência médica, treinamentos de prevenção à overdose de drogas injetáveis⁶¹, saúde e de encaminhamento para redução dos riscos associados ao uso de drogas, incluindo o HIV, hepatites virais e overdose. Distribui kits para sexo seguro e proteção a DST/AIDS e para uso seguro de heroína, crack, cocaína em pó, entre outros, também desenvolve o trabalho de oferta de seringas novas e de containers de descarte de seringas usadas, além do trabalho de recolhimento de seringas usadas em cenas de uso de heroína (*needle exchange*).

Para se tornar um participante basta cadastrar-se. De forma a preservar a identidade, as fichas de cadastro contêm a última inicial do nome, acompanhada da primeira inicial, seguidas do ano de nascimento e a primeira letra do gênero da pessoa. Dados da organização indicam que, dos participantes cadastrados, 70% são homens; 20% mulheres e 10% transexuais. No recorte de raça e etnia, 40% latinos, 40% são brancos e 20% negros. No que se refere as DST's/AIDS, 3% dos participantes atendidos são soropositivos e 70% contaminados com hepatite C.

A sede da organização está localizada no bairro de Washington Heights. O foco do trabalho da WHCP é o atendimento, valorização

⁶¹ Distribui kits de Narcan® para prevenção de overdose de drogas injetáveis sem a necessidade de um receituário médico. O Narcan® age bloqueando os receptores de opióides no cérebro e o envio da sobredosagem é retirado quase imediatamente. Não é uma substância que gera adição. Contudo, se a pessoa a utiliza em caso de prevenção de overdose, ainda assim, deve recorrer à emergência rapidamente, caso contrário, pode retornar à overdose repetidamente. Sete estados americanos têm o que é chamado de uma disposição de "ordem permanente" para o uso Narcan, o que significa que um profissional médico não tem que estar no local para escrever prescrições individuais. O usuário pode levar um kit pra casa sem a necessidade de prescrição médica. Na grande maioria dos estados, no entanto, é ilegal dar-lhes um kit para levar para casa. Overdose acidental é a principal causa de morte acidental no Estado de Nova York, superior até mesmo aos acidentes automobilísticos. Em 2009, cerca de 2.000 pessoas morreram de overdose acidental de medicamentos. Muitas dessas mortes são evitáveis, pois ocorreram em função do medo de recorrer a uma emergência e ser preso ou processado criminalmente por porte de drogas. Em 18 de setembro de 2011, A Lei do Bom Samaritano entrou em vigor em Nova Iorque. A lei incentiva as pessoas a ligarem para o 911 imediatamente durante uma situação de overdose, oferecendo uma proteção limitada de carga e acusação de posse de drogas e álcool para a vítima ou testemunha que procura ajuda médica durante uma overdose de drogas ou álcool. Fonte: Drug Policy Alliance; BuzzFeedNews.

e a redução de danos e do estigma direcionado do indivíduo atendido. A equipe de trabalho é composta por oito membros de tempo integral da equipe, cinco funcionários em tempo parcial, cinco consultores e treze educadores.

Dados da WHCP indicam como participantes assíduos da casa, em sua grande maioria, usuários abusivos de drogas em situação de vulnerabilidade social, frequentadores de cenas de uso, vivendo em situação de rua ou situação precária de moradia em abrigos públicos. Há indicadores de que problemas referentes à habitação são os que mais afetam a população atendida, assim como foi observado durante o percurso desta pesquisa. Por isso, a ONG busca atender à demanda dessa população em situação de rua na promoção de um espaço que ofereça os serviços básicos necessários. Com isso, os participantes podem acessar:

- 1**– Salão de Convívio Social: a organização oferece um salão de convívio social aberto diariamente de 09h às 18h, onde os participantes podem ficar durante todo o horário de expediente da casa. O salão possui café, água potável, um computador com acesso à internet, livros, bancos para se acomodar e música.
- 2**– Banheiro: a casa possui um banheiro para uso dos participantes para necessidades básicas e banho, sendo proibido o consumo de substâncias ilícitas dentro da organização. Um aspecto interessante é que, como se trata de uma organização que atende também à população usuária de drogas injetáveis, o próprio banheiro da WHCP, por muitas vezes, era utilizado pelos participantes da casa com vistas ao uso de heroína. A WHCP proibia o uso, mas obviamente não se opunha ao atendimento na ocorrência de algum caso de overdose. Dados da organização indicavam que já ocorreram por volta de 30 casos de overdose no banheiro da WHCP, todos revertidos e assistidos pelos funcionários. Particularmente, em dias de pesquisa na WHCP, já presenciei supostos casos, mas nunca uma overdose em si. Em um dia de trabalho, chegando a WHCP, fui informada por Hector (funcionário da casa) de que no dia anterior havia ocorrido uma overdose, mas

que havia sido revertida e tratada pelos funcionários. Por isso, o banheiro não possui tranca e há um interfone no balcão de atendimento que se conecta a outro localizado dentro do banheiro. Os participantes da casa podem usar o banheiro para necessidades básicas e banho por no máximo 10 minutos. Há uma lista que determina ordem e espera para tal. Quando o participante entra no banheiro, o funcionário da WHCP, que fica no balcão, interfone para o banheiro a cada cinco minutos para saber se está tudo bem. Quando se trata de algum participante que estava sóbrio e retornou o uso de heroína há pouco tempo (o que aumenta os riscos de uma overdose), o interfone toca de dois em dois minutos. Os participantes sempre devem atender ao interfone e, caso isso não ocorra, o banheiro é invadido de imediato por um funcionário. O banheiro também possui um relógio digital que informa a hora para que o participante tenha clareza do seu tempo determinado. Além disso, os funcionários são treinados para assistência, caso ocorra algum caso de overdose. Isto foi, inclusive, destaque especial para a matéria sobre o banheiro da WHCP. Nesta, Taeko Frost (diretora executiva da organização), diz: “Se você chega aqui e pergunta se pode usar o banheiro pra ficar ‘high’ (chapado, sob efeito da droga) nós vamos dizer ‘não’. As regras são: ‘Não se pode usar drogas no banheiro’, contudo, se, ainda assim, você usar drogas e tiver overdose, nós não vamos deixar você morrer”. (KNEFEL, 2014)

- 3 – Lavanderia: para uso comum dos participantes. Há uma máquina de lavar roupas e uma secadora para que possam lavar suas roupas.
- 4 – Doação de roupas e sapatos: a casa oferece roupas e sapatos a seus participantes. Os varais com roupas ficam expostos na casa para acesso dos participantes e a dinâmica se diferencia de acordo com o sexo. Os homens podem pegar roupas e sapatos em qualquer momento, já as mulheres se reúnem em um dia da semana para que possam ter acesso às roupas e sapatos que lhes forem necessários.

- 5** – Lanches: a casa oferece ao participante macarrão instantâneo para refeição, café e água. Além disso, não é uma prática diária, mas é uma constância a entrega e oferecimento de lanches e almoços aos participantes no salão de convívio.
- 6** – Workshops: a casa oferece o workshop “Tornando-se um escritor” que, durante oito semanas, desenvolve atividades no intuito de representar e fazer ser ouvida a voz dos participantes. Neste sentido, os participantes transformam suas experiências pessoais em literatura. Destas atividades surgiram dois livros⁶² organizados pela WHCP, onde se encontram histórias particulares escolhidas e escritas pelos próprios participantes, com temas específicos.
- 7** – Serviços de atenção à saúde: oferece atendimentos à saúde através de enfermeiros, psicólogos e médicos aos participantes. A casa é conveniada com a Columbia University Medical Center e, uma vez por semana, alunos do curso de medicina de Columbia prestam atendimento médico neste local, além de enfermeiros e especialistas atendendo diversos dias por semana.
- 8** – Testes gratuitos para diagnóstico da infecção por HIV ou Hepatite C: ocorrem uma vez por semana e são oferecidos não apenas aos participantes, mas a toda população do bairro.
- 9** – Assistência Social: possui funcionários que atuam na construção de redes para atender as demandas socioeconômicas necessárias aos participantes. Dados da casa indicam que demandas mais ressaltadas pelos participantes se relacionam à habitação.

Um aspecto muito interessante observado foi a autonomia e o domínio do espaço pelos participantes. A WHCP promove a noção de que o espaço é coletivo, por isso, era comum observá-los executando a limpeza e prezando pela organização do local. Além disso, semanalmente, ocorre o Participants Advisory Board (PAB), uma

⁶² Corner Stories.Washington Heights Corner Project e Melissa Petro, 09/06/ 2013.
Corner Stories Volume II.Washington Heights Corner Project e Melissa Petro, 22/06/2014.

reunião semanal gerida pelos próprios participantes onde eles determinam a organização, logística e gestão de uma série de atividades de gerência e manutenção da Organização. Todas as quintas, às 13h, eles se encontram para debaterem e colocarem em pauta as pendências da semana no que se refere à gestão da casa. Estive presente em vários PABs com pautas diversas – desde procedimentos para obtenção de seringas limpas aos finais de semana, à organização logística de telefones e rádios utilizados para execução de serviços na casa. Há uma organização no que se refere à capacidade de gestão e organização da WHCP pelo grupo de participantes. Em meu último dia de pesquisa na casa, em julho de 2014, participei de uma reunião feita apenas pelos participantes – todos vivendo em situação de rua - onde eles se organizavam quanto à logística referente à utilização dos telefones nos trabalhos de *outreach*.

Dentro da rede de profissionais, existe a equipe de redutores de danos chamados de “*peer*”. Estes são, majoritariamente, compostos por usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social e alguns encontrando-se em situação de rua participantes da WHCP. A intenção da casa é que o trabalho tenha a função de valorizar e resgatar a cidadania do sujeito, e, para que o participante possa arcar com os compromissos do trabalho de agente de redução de danos, a política de contratação baseia-se em critérios de assiduidade, responsabilidade e vínculos com a organização. Faz-se necessário que o participante esteja frequentando a casa tempo suficiente para que se torne conhecido e demonstre aptidão para a atividade.

A aceitabilidade e ausência de estigma, atrelada aos cuidados emocionais e físicos que a casa proporciona, redimensionam o espaço para uma referência de lar dos participantes que a frequentam. Foi comum ouvir relatos como “antes de termos aqui, não havia nenhum outro lugar para ir.” Como os cuidados são pautados na ótica da redução de danos, a abstinência ao uso não é exigida, tampouco ressaltada. A casa trabalha com a seguinte ideia: se quiser interromper o uso, irão colaborar de todas as formas possíveis, contudo, caso não queira ou não consiga, também irão colaborar de todas as formas possíveis para que os danos sobre este uso sejam reduzidos, sem nenhum tipo de julgamento.

Sobre o trabalho da WHCP, a ausência de julgamentos provida pela organização, atrelada às práticas de redução de danos e à prestação de serviços sociais direcionados a sujeitos que fazem uso abusivo de drogas em condição de vulnerabilidade social, trouxe à tona a noção de valor, autonomia e prestígio, colaborando de diversas formas, inclusive, para redução ou interrupção do uso dos participantes que a frequentam.

■ Considerações finais

Os indivíduos que consomem crack e outras drogas de forma abusiva nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque, especialmente aqueles que vivem em situação de rua, residindo nas cenas de uso, vivem em espaços que se mostram inapropriados, violentos, sujos e com risco de transmissão de doenças, em meio à impossibilidade de locais permitidos e adequados ao uso, colocando em risco não apenas a saúde e bem-estar deste, mas, também, da população que convive no entorno.

As características das cenas de uso ora apresentadas expõem a necessidade de intervenções focadas na organização de políticas de saúde atuantes nos territórios de uso, nas práticas de RD e na criação de espaços para uso de drogas, e salienta a necessidade da discussão em torno das percepções sociais e da criação de estratégias de atenção, segurança e redução dos riscos da população que consome crack e outras drogas e se encontram em situação de rua.

Apenas a prática de distribuição de kits para uso seguro de drogas não se apresenta suficiente, (VALLIM, 2015a; MCNEIL et al., 2015) portanto, formas mais seguras de proteção e atenção a esta população por meio de incentivo às ações mais eficazes de RD e, também, a criação de espaços destinados ao uso de drogas de forma assistida encontram-se como saídas propostas.

Referências

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v.16, n.12, 2011.

ADORNO, R. **Crianças e jovens em trânsito para a rua**: um problema de saúde pública. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1996. (Relatório de Pesquisa).

BASTOS, F.I., BERTONE, N. (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.(Livro eletrônico).

BOUGOIS, P. **Selling crack in el barrio**. 2.ed. New York: Cambrigde University Press, 2002.

KNEFEL, J. The controversial answer to America's heroin surge. **BuzzFeednews**, 16 May 2014. Disponível em: https://www.buzzfeed.com/johnknifel/the-controversial-answer-to-americas-heroin-surge?utm_term=.rnz00qlg1v#.owwJJwB6y2. Acesso em: 25 out 2016.

MCNEIL, R. et al. We need somewhere to smoke crack: an ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. **International Journal of Drug Polic**, 2015.

MEDEIROS, R. Clínica e Crônica(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SARPORI, L.F., MEDEIROS, R. **Crack**: um desafio social. Belo Horizonte: Puc-Minas, 2010.

RAUP, L.M.; ADORNO, R.C.F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, p.52-67, abr. 2011.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S.**Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores.Juiz de Fora: UFJF, 2014.

RUI, T.C. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack.2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

VALLIM, D.C. **Os passos dos indesejáveis**: um estudo sobre o contexto sociocultural do uso e usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque.2015a. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) -Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2015.

VALLIM, D.C.; ZALLUAR, A.; SAMPAIO, C. Uma etnografia das cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde**: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas.1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015b.

POSFÁCIO

POR QUE NÃO LIBERAR?

*Jean Wyllys*⁶³

Ao final da leitura dos artigos que compõem este livro, não só aprofundei minha convicção de que a legalização das drogas ilícitas – e, em especial, a da maconha – é o melhor caminho para garantir simultaneamente saúde e segurança pública de qualidade, o respeito às liberdades individuais e os direitos humanos, como também ampliei meu repertório de argumentos em favor desse caminho. E só ao final da leitura é que compreendi o convite dos organizadores do livro – Marcelo Dalla Vecchia, Telmo Mota Ronzani, Fernando Santana de Paiva, Cassia Beatriz Batista, Pedro Henrique Antunes da Costa – para que eu escrevesse este posfácio: faltava, a este conjunto de vozes, alguma voz que trouxesse ao debate que ele fomenta, aspectos legislativos da questão do uso e do abuso de drogas, e das respostas políticas a ela. Aqui estou, portanto.

Creio que a razão de, entre os 513 deputados e 81 senadores que compõem o Congresso Nacional, ter sido eu o convidado a trazer esses aspectos legislativos se deva ao fato de eu ser o autor do projeto de lei 7270/2014, em tramitação na Câmara Federal e que

⁶³ Jean Wyllys é jornalista, escritor, ativista de direitos humanos, mestre em Letras e Linguística pelo Instituto de Letras da Universidade Federal da Bahia, professor convidado do Mestrado em HIV/AIDS e Hepatites Virais da Faculdade de Medicina da UNIRIO e está deputado federal pelo PSOL-RJ em seu segundo mandato.

regulamenta a produção, o comércio e o consumo de maconha e seus derivados. Sendo assim, é a partir da apresentação dele que começo a contribuir com o debate. Esse projeto de lei foi elaborado com a participação e colaboração de diferentes entidades, coletivos e pessoas, cujas contribuições foram muito importantes e devem ser reconhecidas. Diferentes especialistas na matéria e militantes dos movimentos sociais que lutam por mudanças nas políticas de drogas propuseram diversas alterações e adendos ao projeto original elaborado por este mandato e contribuíram na construção da proposta que colocamos à disposição do Congresso e da sociedade, esperando que seja o pontapé inicial de um amplo debate social sobre a necessidade de produzir essas mudanças.

É necessário esclarecer antes uma questão *semântica* que tem consequências importantes na compreensão da mudança de paradigma que estamos propondo. O projeto de lei que apresentei não pretende “liberar” o comércio da maconha, mas regulá-lo. Aliás, ele está, hoje, na prática, “liberado”, assim como o comércio de todas as outras drogas atualmente proibidas. Existe, por um lado, uma legislação que o proíbe e o criminaliza, cuja ineficácia prática é incontestável, e por outro lado, todo um sistema de produção e comercialização da maconha que funciona, sem qualquer impedimento, no mundo real. Isso é fato. Com independência da ação punitiva do Estado, esse sistema continua funcionando e cada pessoa que é presa ou executada sem direito de defesa pela polícia ou por uma facção rival — quase sempre pobres, favelados e na maioria dos casos jovens e negros; quase sempre aqueles que têm a menor responsabilidade e os menores lucros, na ponta — é substituída por outra sem atrapalhar ou impedir a continuidade do circuito. Milhares de pessoas morrem por causa disso, milhares vivem armadas, clandestinas, exercendo a violência, muitas são presas e, na cadeia, submetidas a condições desumanas e a situações de violência idênticas ou piores às que sofriam em “liberdade”, mas o sistema continua funcionando. O Estado “regula” esse sistema de maneira informal e clandestina, através de uma rede de cumplicidades que envolvem as forças de segurança e os poderes públicos. E a maconha (como as outras drogas atualmente ilícitas) é importada, plantada, produ-

zida, industrializada, vendida e comprada de forma ilegal sem que o Estado consiga, em momento algum, que isso deixe de acontecer, como não conseguiram as legislações contra o álcool, nos EUA, que o uísque deixasse de ser produzido e vendido, mas, ao colocá-lo na ilegalidade, fomentaram a criação de um circuito de violência (e a falta de controle de qualidade do produto, com graves consequências para a saúde pública) que só foi superado com a legalização, admitido o fracasso absoluto da mesma política que depois foi resuscitada para seu uso com outras drogas semelhantes ao álcool, que foram convenientemente cercadas de pânico moral e estigmatização, em muitos casos por motivos raciais ou políticos.

Por que dizemos, então, que o comércio da maconha está, na atualidade, “liberado”? Porque ele funciona, na prática, sem controle. Ninguém sabe a composição dos produtos que são vendidos, sua qualidade não passa por qualquer tipo de fiscalização nem precisa se adequar a nenhuma norma, o consumidor não recebe qualquer tipo de informação relevante para a sua saúde e segurança, diversos processos de industrialização (como o prensado de maconha para fumo com amônia, altamente tóxica) são realizados sem qualquer fiscalização. Não há restrições à venda que impeçam o acesso dos menores de idade a esse comércio ilegal — seja como compradores, seja como vendedores ou “soldados” do tráfico — e tudo isso funciona sob o império da violência, das guerras de facções, da corrupção e brutalidade policial e do descaso e/ou da impotência do poder público. A proibição não acabou e nem acabará com o comércio ilegal de drogas, mas produz outros efeitos, infinitamente piores do que aqueles que diz combater ou prevenir.

A regulação que o movimento antiproibicionista e o projeto de lei que propus, portanto, não “libera a maconha”, que já é livre, mas estabelece regras para sua produção e comercialização baseadas em critérios técnicos e científicos, bem como nas experiências de políticas públicas que foram bem-sucedidas em outros países. E seu efeito não será o aumento ou a redução da quantidade de usuários ou de comerciantes, nem do volume da maconha comercializada, mas incidirá, sim, e positivamente, na sua qualidade, porque a Cannabis, derivados e produtos de Cannabis deverão ser elaborados de

acordo com determinadas normas e serão fiscalizados; haverá condições e restrições para sua produção e comercialização, se estabelecerão regras semelhantes às que regulam o comércio legal de álcool e tabaco; se cuidará da segurança pública, facilitando a redução da violência e da criminalidade e se protegerá a saúde dos usuários, dando a eles a informação sobre aquilo que estão consumindo; além de trazer outros benefícios, como o recolhimento de tributos pelas atividades que o projeto de lei relaciona. A receita decorrente desse recolhimento será revertida em fundos de pesquisa sobre política de drogas e em políticas de atendimento e tratamento para dependentes químicos ou abusadores da droga — que não são todos os usuários, mas uma parcela minoritária deles, como acontece com o álcool.

O cultivo doméstico de maconha, atualmente proibido, é a maneira mais segura, prática e simples de acesso à maconha por parte dos consumidores, e sua criminalização constitui uma violação do direito à liberdade e à autonomia privada. Nesse sentido, o projeto que propus habilita a criação de clubes de autocultivadores, com limite de número de cultivadores e quantidade de plantas, uma experiência bem-sucedida em outros países, que elimina a intermediação do mercado, legal ou ilegal, e coloca a produção para consumo em grupos de afinidade nas mãos dos próprios usuários, permitindo a eles cuidar da qualidade e características do produto. Por último, o projeto regula a industrialização e comercialização de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis no mercado, estabelecendo regras para essas atividades, com condições semelhantes àquelas que a legislação atual estabelece para o álcool e o tabaco. Essa similaridade é um dos aspectos centrais da mudança de paradigma que propomos.

Na regulamentação do comércio de Cannabis, derivados e produtos de Cannabis, o Poder Executivo deverá levar em consideração critérios de preservação ambiental e limites máximos para a extensão de terras destinadas ao plantio, assim como limites máximos de fabricação, a fim de evitar a concentração do mercado e a formação de oligopólios e/ou o estabelecimento de preços abusivos que possam incentivar a manutenção do comércio ilegal. No caso da produção industrial e sua comercialização, todos os derivados e produtos

de Cannabis deverão ser elaborados e fiscalizados por profissionais habilitados, não poderão sofrer processos de manipulação (como o *prensado*, atualmente comum no comércio ilegal e altamente nocivo para a saúde dos usuários, como deixam claro alguns dos artigos deste livro), deverão ser transportados de acordo com as normas sanitárias e de segurança estabelecidas pela regulamentação, e sua comercialização no varejo deverá ser realizada por comerciantes habilitados e cadastrados, de acordo com uma série de requisitos e procedimentos, oferecendo ao consumidor todas as informações necessárias na rotulagem, exibindo os produtos para a venda com uma série de cuidados, restrições e advertências e pagando impostos por essa atividade.

Se a Cannabis passar a ser uma droga lícita, ela deverá ser comercializada com restrições semelhantes àquelas que existem para outras drogas lícitas. Por exemplo, proíbe-se o uso de fumígenos de Cannabis em recinto coletivo fechado, privado ou público; proíbe-se a venda a menores de 18 (dezoito) anos e a venda e uso nas proximidades das escolas durante o horário escolar, ou em estabelecimentos educacionais e sanitários, entre outros; proíbe-se qualquer tipo de publicidade da Cannabis, derivados e produtos de Cannabis (como já é proibido no caso do tabaco) e se estabelecem regras e restrições para sua exposição nos locais de venda, além da obrigação de que os produtos contenham advertências referentes aos danos que podem ocasionar à saúde dos usuários, como é feito atualmente com os cigarros.

Um dos principais motivos pelos quais não optamos pelo modelo uruguaio de legalização da Cannabis, que estabelece o monopólio estatal para sua produção e comercialização, é que esse modelo serviria para solucionar o problema relativo às liberdades individuais, mas não seria eficaz para reduzir a violência e a criminalidade decorrente do fracasso da política de guerra às drogas, já que não ofereceria àqueles que na atualidade se dedicam ao comércio ilegal de drogas qualquer possibilidade de reinserção na legalidade. Por isso, o projeto de lei 7270/2014 propõe uma série de medidas importantes, que sabemos que são polêmicas, mas que consideramos imprescindíveis para que a mudança de paradigma que estamos propondo seja eficaz na mais importante das suas finalidades:

acabar com uma política que só tem produzido morte, violência e criminalização da pobreza.

Entendemos que o projeto é ainda limitado nesse sentido, já que a solução definitiva dessa problemática requereria a legalização de todas as drogas atualmente ilícitas, mas somos conscientes de que o debate social necessário para uma medida tão radical ainda não foi vencido, e consideramos que a regulação da produção e comercialização da Cannabis, junto a outras importantes alterações que este projeto propõe para mudar a atual política de drogas, será o pontapé inicial de um debate que não finaliza com a lei quando aprovada, mas apenas começa com ela.

Para isso, propomos ampliar essa anistia, como parte de uma política “de transição” entre o velho e o novo regime, para que aqueles que atualmente se dedicam ao comércio de drogas ilícitas — que, na maioria dos casos, inclui outras drogas além da maconha — mas ainda não foram acusados, indiciados, processados ou condenados por esses crimes, ou seja, ainda estão fora do alcance do sistema penal, tenham a possibilidade de sair da “clandestinidade” e se inserir no mercado legal da Cannabis, abandonando a comercialização de outras substâncias ainda ilícitas, adequando-se em tudo à lei e às regulamentações que forem ditadas pelo Executivo e transformando-se em empreendedores de uma atividade legal. Dessa forma, fomentamos e facilitamos o abandono da criminalidade e visamos, assim, contribuir para a redução da violência que vitimiza principalmente os mais pobres.

No início desse ano, veio à tona uma sentença do juiz Frederico Ernesto Cardoso Maciel, do Distrito Federal, que absolveu um homem que tinha sido detido pela polícia com 52 trouxas de maconha. Para o juiz, a proibição dessa droga é inconstitucional, já que a portaria do Ministério da Saúde que incluiu os princípios ativos da maconha na lista de entorpecentes ilícitos, deixando fora outras substâncias que também têm efeitos entorpecentes, carece de fundamentação técnica e científica — o que é verdade. “Soa incoerente o fato de outras substâncias entorpecentes, como o álcool e o tabaco, serem não só permitidas e vendidas, gerando milhões de lucro para os empresários dos ramos, mas consumidas e adoradas pela população. Isso demonstra que a proibição de outras substâncias

entorpecentes recreativas, como o THC, é fruto de uma cultura atrasada e de uma política equivocada, e viola o princípio da igualdade, restringindo o direito de uma grande parte da população de utilizar outras substâncias”, escreveu o juiz.

A atual redação da lei 11.343/2006 outorga um poder discricionário e absolutamente arbitrário ao Poder Executivo da União para determinar o que é e o que não é considerado “droga”, misturando perigosamente conceitos técnicos com conceitos jurídicos, já que é claro que o álcool, o tabaco e até o açúcar são, tecnicamente, drogas, mas elas não são assim consideradas no que diz respeito à definição legal, que tem diversas consequências. A maconha e a cocaína, por exemplo, são “drogas”, o álcool não é — mesmo que seja! — só porque o Executivo assim o determinou, sem qualquer fundamento técnico-científico.

Propomos diferenciar os conceitos de “droga” e seus subtipos, “droga lícita” e “droga ilícita”, e estabelecer um mecanismo de atualização anual das listas — que hoje são atualizadas com uma indefinida “periodicidade” —, “de conformidade com as disposições legais em vigor e tecnicamente fundamentadas em critérios científicos atualizados”. O objetivo dessa mudança proposta é que as políticas de drogas estejam, no futuro, baseadas em conhecimentos científicos, pesquisas de campo, dados estatísticos, análise de resultados e critérios de política pública racional e tecnicamente justificados, e não mais em discursos demagógicos, preconceitos, noções abstratas de periculosidade, punitivismos ineficazes e pânico moral.

Acreditamos que a criminalização do porte para consumo pessoal viole o princípio de reserva das ações privadas, ou seja, trata-se de uma invasão do Estado na esfera íntima do indivíduo, constitucionalmente protegida. A Constituição Federal de 1988 garante, no artigo 5º, a inviolabilidade da intimidade e da vida privada e essa esfera de proteção é um princípio universal dos direitos humanos, incluído em diversos tratados e convenções internacionais e adotado nas constituições de todos os países democráticos.

Em seu artigo “É o porte de drogas para fins de uso pessoal uma das ‘ações privadas dos homens’?”, o saudoso jurista e filósofo argentino Carlos Nino (1979) analisa três tipos de argumentos que têm sido usados ao longo dos tempos para justificar a criminalização:

1. O argumento “perfeccionista” parte do pressuposto de que existe uma moral universalmente válida, que deve ser preservada e protegida pelo Estado. Qualquer tipo de conduta contrária a essa moral ou que, segundo ela, seja degradante da pessoa, degrada por extensão a “moral coletiva” e atenta, por isso, contra o conjunto da sociedade. Se adotarmos essa concepção, não se mostra possível estabelecer que exista realmente uma esfera das “ações privadas” que possa ser alheia à “moral pública”. Trata-se de uma concepção profundamente dogmática que tem servido, ao longo da história da humanidade, para justificar a intromissão do Estado na esfera das ações privadas das pessoas, sob o pretexto de preservar os “valores” da sociedade. O Estado, na concepção perfeccionista, tem como uma de suas metas a de procurar uma moral “correta” e, como consequência, deve reprimir as ações contrárias a ela, buscando assim a imposição coercitiva de modelos morais “virtuosos”, como se existissem critérios objetivos para determiná-los. A criminalização do consumo de drogas é muitas vezes justificada com argumentos que derivam dessa concepção moralista e autoritária da organização social;
2. O “argumento paternalista” sustenta que o Estado pode invadir a esfera das ações privadas das pessoas, não para impor um modelo de conduta por razões morais, mas para proteger o indivíduo de suas próprias ações, quando elas possam colocar em perigo sua saúde física ou psíquica ou sua segurança. A criminalização do consumo de drogas, sob essa perspectiva, se justificaria como meio para proteger o “viciado” e/ou o usuário frequente ou ocasional dos danos que as drogas podem lhe ocasionar, impedindo assim uma forma de “autolesão”. Contudo, como bem explica Nino, mesmo a “autolesão” é uma ação privada e, como tal, deve ser protegida. No caso Bazterrica, a Corte Suprema de Justiça da Argentina disse, contestando o argumento paternalista, que “as condutas do homem que se dirijam apenas contra si mesmo ficam fora do âmbito das proibições”;
3. O argumento da “defesa social” propõe proteger não o indivíduo, mas a sociedade, considerada como uma entidade superior que contém e está por cima dos interesses individuais dos seus integrantes. O homem, por sua própria natureza, vive em sociedade, e suas ações, de uma ou outra maneira, afetam em maior ou menor medida aqueles que o rodeiam. Desse ponto de vista, o

que a criminalização do consumo de drogas buscaria é proteger a sociedade da ação individual daqueles que consomem drogas. Afirma-se, para isso, que quem consome pode incitar outros a fazê-lo, pode cometer crimes para obter a droga ou, de modo geral, é considerado “perigoso” pelo fato de ser usuário de drogas. Trata-se, em definitivo, de uma derivação do conceito de “periculosidade do autor”, uma concepção preconceituosa, discriminatória e autoritária que teve seu apogeu nas bizarras ideias de Césare Lombroso.

Consideramos que não existe qualquer justificativa constitucionalmente aceitável para criminalizar o uso pessoal de drogas, sejam quais forem e, por isso, o projeto dispõe, nesse caso, sobre todas elas, e não apenas sobre a maconha.

Porém, não basta descriminalizar. A experiência de outros países mostra que, mesmo quando a lei é alterada, ou quando por decisões dos tribunais superiores é declarada inconstitucional a criminalização do uso pessoal, o que acontece na rua é que as polícias prendem as pessoas, mesmo com quantidades mínimas, obviamente destinadas ao consumo pessoal, sob a suspeita de serem traficantes. No final do processo, essas pessoas são, na imensa maioria dos casos, absolvidas e libertadas pelo Judiciário, mas até isso acontecer, podem passar certa “temporada” nos presídios ou detidos em delegacias, por um prazo que dependerá do seu nível socioeconômico e da possibilidade de contar com uma boa defesa legal. Isso é absolutamente inútil do ponto de vista da segurança pública, consome absurdamente recursos do sistema de justiça sem qualquer finalidade e lesiona os direitos individuais das vítimas dessa forma de arbitrariedade policial. É necessário que o Ministério da Saúde, baseado em critérios técnico-científicos, determine as quantidades de cada droga que serão consideradas para consumo privado, salvo prova em contrário de que o agente se dedica à mercancia, e proíbe que as forças de segurança privem da liberdade qualquer pessoa apenas pela posse de drogas, desde que a quantidade não ultrapasse os limites estabelecidos e não exista prova concreta de envolvimento com o comércio de drogas ilícitas.

Não se deve falar mais de “tráfico ilícito de drogas”, mas de “tráfico de drogas ilícitas”, de acordo com a redefinição conceitual

que já explicamos. O usuário de drogas não deve ser mais tratado de forma preconceituosa como um infrator ou como alguém que precisa ser “reinserido” na sociedade, já que se estabelece a necessária distinção entre uso, uso problemático e dependência química, sendo o primeiro caso um direito individual, o segundo uma situação específica que requer atenção e ajuda porque ocasiona problemas concretos na vida cotidiana da pessoa e é ela mesma que solicita ajuda, e o terceiro uma questão de saúde que requer tratamento, que não poderá ser compulsório a não ser que esteja em risco a vida da pessoa. Ou seja, o que faz parte da esfera das ações privadas ali permanece, sem qualquer intromissão do Estado; o que é um problema é tratado (e prevenido) como tal, sem apelações ao pânico moral, e o que diz respeito à saúde é encarado pelo sistema de saúde, da mesma forma que qualquer outro problema de saúde, respeitando os direitos do paciente e sua autodeterminação.

Com base nesses critérios, são reorientadas as ações de prevenção, são reformuladas algumas políticas de atenção para situações de uso problemático e de tratamento de dependentes químicos, é abolida a internação compulsória, é garantido o caráter científico e laico de todas essas políticas, assim como os direitos fundamentais dos usuários de drogas, inclusive daqueles que fazem uso problemático e dos dependentes químicos, devem ser promovidas diferentes ações educativas e de divulgação de conhecimentos científicos atualizados sobre uso de drogas e são incorporadas diferentes medidas de redução de danos.

É muito importante destacar esse ponto. A “redução de danos” é um critério de política pública usado em diferentes países do mundo, com resultados muito positivos. Urge, pois, incorporá-lo de maneira mais clara, definitiva e ubíqua às políticas de saúde do Brasil.

A questão das drogas está cercada de falácias e preconceitos. Existe o usuário, que faz uso recreativo, e o dependente, que denota outra situação. Mas como diz Eduardo Galeano, “a culpa do crime nunca é da faca”. A maioria dos usuários de drogas não vira dependente, mas apenas faz uso recreativo, por isso é necessário

distinguir o uso do abuso, proteger o primeiro como liberdade individual e tratar do segundo na perspectiva da saúde, ajudando o dependente, como se faz com o alcoólatra ou com aquele que abusa do Lexotan ou de determinados analgésicos ou antidepressivos. Pensemos no álcool: o abuso dele traz mais problemas à sociedade que o próprio crack, enquanto seu uso recreativo não traz problema algum, é socialmente aceito, faz parte da cultura, da religião e é até mesmo incentivado. Quase toda a população consome álcool, mas nem toda a população é alcoólatra! Da mesma forma, os usuários recreativos de maconha, cocaína, ecstasy ou qualquer outra droga devem ter sua liberdade respeitada: se alguém tem o direito de “encher a cara” num bar ou em casa, também tem o direito de fumar um “baseado”. Isso está dentro da liberdade individual, e a pessoa deve estar consciente dos danos que aquela droga pode causar.

O cigarro (de tabaco) é a droga que mais mata e ninguém vai preso por isso. E é possível uma política de prevenção aos males do fumo porque o fumo é legal. Quem fuma hoje sabe que o cigarro pode provocar câncer de pulmão a longo ou a médio prazo, mas a pessoa tem o direito de fumar, se esta for a sua vontade. Da mesma maneira, só existe “lei seca” para o trânsito e políticas para conter os danos do uso do álcool porque o álcool é regulamentado. E ambas as substâncias são produzidas de acordo com determinadas regras, com informação explícita sobre o seu conteúdo e princípios ativos e mecanismos de controle estatal que devem garantir a qualidade do produto, e são comercializadas dentro do circuito legal, com restrições sobre a quem, quando e onde podem ser vendidas. O mesmo deveria acontecer com a maconha e outras drogas atualmente consideradas ilícitas.

Por outro lado, as políticas de criminalização e combate, em todo o mundo, apenas reforçaram o poder das redes de crime organizado, já que estas se valem da corrupção do agente público para atuar livremente, com grande lucro. As drogas que hoje são ilegais, na prática, têm sua comercialização regulada pelo Estado de maneira informal, através das polícias e outros agentes do sistema. Falamos em uma economia paralela que, há seis anos, movimentava mais de 800 bilhões de dólares, estimadamente. Tudo isto apesar da

repressão patrocinada por todos os países, principalmente os EUA. Foi nesse país que, entre 1920 e 1933, o fortalecimento da máfia se deu exatamente com a proibição do consumo e da venda do álcool, que não trouxe qualquer benefício para a população.

Há ainda toda uma série de consequências sociais das políticas atuais, que parecem ser ignoradas pela população mais abastada — cuja maior preocupação é a violência do usuário do crack e o fato de o filho ser abordado pelo traficante na saída do colégio —, e que influem diretamente na vida das comunidades mais pobres, que vivem à margem do Estado, como forma de higienização social. A forma como as crianças e adolescentes das comunidades são vulnerabilizados ao crime organizado pela ausência de interesse do Estado em lhes dar as mesmas condições de humanização e de vida com pensamento jamais será corrigida com políticas de repressão ao consumo de drogas. Muito pelo contrário, só piora.

Por último, a criminalização não produz qualquer benefício à sociedade nem sequer naquilo que implicitamente promete. Alguns ingenuamente ainda acreditam que a simples proibição impede que alguém faça uso de alguma substância, mas está provado que isso não acontece. O consumo de drogas não se reduziu pela criminalização, mas aconteceu o contrário. E o que temos, então, é crime organizado, violência, corrupção policial, insegurança, milhares de mortes, criminalização de jovens das favelas e das periferias, presídios lotados onde esses jovens têm seu futuro aniquilado e drogas de má qualidade vendidas de maneira informal, sem controle, a pessoas de qualquer idade, em qualquer sítio e sem pagar impostos. Tudo errado!

O caminho é outro. Regular o consumo é tirar o usuário recreativo da inútil marginalidade e estigmatização. Regular a venda e permitir a esse usuário que produza o suficiente para seu próprio consumo é reduzir a influência do traficante e, portanto, reduzir a violência, a criminalidade, a marginalidade e a morte. Este projeto dá um primeiro passo nesse sentido, que esperamos não seja o último.

O Brasil precisa mudar o paradigma. Hoje o país é um importante corredor do tráfico internacional, as redes de tráfico operam li-

vrememente no país, beneficiadas pela corrupção policial. Nas comunidades carentes, as crianças, sem educação e sem perspectiva, veem no tráfico uma forma de mobilidade social. E quem é preso é sempre aquele jovem que atua no varejo, nunca o grande traficante que alimenta a corrupção e a violência e leva o dinheiro para os paraísos fiscais. Ou seja, as políticas atuais jamais surtirão efeito, como hoje não surtem. Se avaliarmos a eficiência dessas políticas em relação ao dinheiro empregado nelas e os danos terríveis que causaram, o erro fica evidente.

O problema, como quase sempre, é a falta de coragem para bancar debates difíceis como esse. O mais fácil, sempre, é defender o *status quo*, se filiar aos discursos mais demagógicos ou se fazer de bobo. Mas a nossa função, como referentes políticos, é assumir riscos, inclusive eleitorais, para defender as ideias em que acreditamos e promover os debates que achamos sinceramente que o país precisa. E esse é um deles.

Quanto mais tempo demormos, mais gente vai morrer inutilmente e mais jovens terão seu futuro trancado.

Referência

NINO, C.S. ¿Es la tenencia de drogas con fines de consumo personal una de "las acciones privadas de los hombres"? **Revista Jurídica La Ley**, 4 oct. 1979.

SOBRE OS AUTORES

Marcelo Dalla Vecchia (org.). Psicólogo. Mestre e Doutor em Saúde Coletiva pela UNESP/Botucatu. Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei. Coordenador do Centro Regional de Referência para Formação nas Políticas sobre Drogas (CRR-UFSJ) e Núcleo de Pesquisa e Intervenção nas Políticas sobre Drogas (NUPID-UFSJ). E-mail: mdvecchia@ufs.edu.br

Telmo Mota Ronzani (org.). Psicólogo. Mestre em Psicologia pela UFMG. Doutor em Ciências da Saúde pela Unifesp. Pós-Doutor em Saúde Pública pela USP e pela Uconn Health Center, Estados Unidos. Coordenador do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA-UFJF). Professor do Departamento de Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista de Produtividade CNPq e Pesquisador Mineiro (FAPEMIG). E-mail: telmo.ronzani@uff.edu.br

Fernando Santana de Paiva (org.). Psicólogo e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Doutor em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professor do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas (ICH) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: fernandosantana.paiva@yahoo.com.br

Cassia Beatriz Batista (org.). Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-UFSJ). E-mail: cassiabeatrizb@gmail.com

Pedro Henrique Antunes da Costa (org.). Psicólogo. Mestre e Doutorando em Psicologia pela UFJF. Pesquisador do Centro de Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA-UFJF). Professor da Faculdade Machado Sobrinho, Juiz de Fora. E-mail: phantunes.costa@gmail.com

Adriana Eiko Matsumoto. Psicóloga. Mestre em Psicologia da Educação pela PUC/SP. Doutora em Psicologia Social pela PUC/SP. Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense (PUVR). E-mail: drieiko@yahoo.com.br

Alda Roberta Lemos Campos-Boulitreau. Psicóloga, Especialista em Psicologia da Família e em Saúde Coletiva. Terapeuta individual e familiar. Redutora de danos. Diretora

Executiva do Centro de Prevenção às Dependências. Supervisora do Projeto REDES/Fiocruz/Senad. E-mail: aldaroberta@me.com

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo. Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Professora Associada da Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem/UFMG. Coordenadora do Centro Regional de Referência e Formação em Álcool e outras Drogas. E-mail: amandamsreinaldo@gmail.com

Andréa Leite Ribeiro Valério. Assistente Social. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Mestre em Políticas Sociais e Cidadania, pela Universidade Católica de Salvador (UCSAL). Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Bioética, da Universidade de Brasília (UNB). Linha de trabalho e pesquisa Prevenção e tratamento em álcool e outras drogas. E-mail: aleitevalerio@gmail.com

Andrés Felipe Tirado Otálvaro. Enfermeiro. Mestre em Epidemiologia e Doutorando em Saúde Pública pela Universidad de Antioquia, Colômbia. Professor da Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín e membro do Grupo de Investigación en Cuidado. E-mail: felipe.tirado@upb.edu.co

Antônio Nery Filho. Médico Psiquiatra. Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Universidade Lyon 2, França. Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Fundador e Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA. Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudos Sobre Psicoativos - GIESP. E-mail: antonioneryfilho@gmail.com

Camila Souza Alves. Graduada em Direito. Mestre em Sociologia e Direito. Doutoranda em Direito pela Universidade de São Paulo (USP). Atualmente é pesquisadora da Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito SP), membro do Núcleo de Antropologia do Direito da Universidade de São Paulo (NADIR) e do Núcleo de Metodologia do Ensino do Direito da Escola de Direito da Fundação Getúlio Vargas (FGV Direito SP). E-mail: souzaalvescamila@gmail.com

Danielle Vallim. Cientista Social. Mestre em Ciência Política. Doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ. É membro associada do Núcleo de Estudos do Uso de Psicoativos (NEIP) e da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP). E-mail: dcvallim@gmail.com

Eroy Aparecida da Silva. Psicoterapeuta Familiar e Comunitária. Doutora em Ciências da Saúde. Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas. Departamento de Psicobiologia. Coordenadora Clínica-Escola (Unidade de Dependência de Drogas) DIMESAD. Coordenadora do Curso Usuários de Drogas-Rede Sampa-Prefeitura Municipal de São Paulo. E-mail: eroyntc@gmail.com

Gilberta Acselrad. Graduada em Enfermagem. Especialização em Saúde Pública IEDES/ Universidade de Paris I Panthéon Sorbonne/França. Mestra em Educação pelo IESAE/

FGV. Enfermeira aposentada, ex-coordenadora da Área de Drogas e Saúde Pública do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ. E-mail: gacsel@uol.com.br

Guillermo Alonso Castaño Perez. Médico. Mestre em Drogadependências pela Universidad Complutense de Madrid. Doutor em Psicologia da Saúde pela Universidad Miguel Hernandez de Alicante (Espanha). Professor, pesquisador e coordenador do mestrado em Drogadependências da Faculdade de Medicina da Universidad CES de Medellín, Colômbia. Director da linha de investigação em Drogas e outras dependências e do grupo de investigação em Saúde Mental da Universidad CES. E-mail: gacastano@ces.edu.co

Henrique Soares Carneiro. Historiador. Mestre e Doutor em História Social. Professor de História Moderna do Departamento de História da USP. Membro do NEIP (Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos). Linha de pesquisa em história da alimentação, das bebidas e das drogas. E-mail: henriquecarneiro@usp.br

Ileno Izídio da Costa. Psicólogo clínico. Doutor em Psicologia Clínica e Cultura e Pós-doutor (USP, UFRN, UCB/Lisboa). Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica e do PPG-PsicCC/UnB, Coordenador dos Grupos GIPSI (Psicoses), Personna (Violências e Criminalidades) e do CRR-UnB/Darcy Ribeiro/Senad. Presidente da Associação de Saúde Mental do Cerrado (ASCER/DF). E-mail: ileno@unb.br

João Mendes de Lima Júnior - Psicólogo. Licenciado em Psicologia. Especialista em Psicopatologia Psicanalítica. Mestre em Letras (interface: Linguística e Psicanálise). Professor Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Coordenador do Centro Regional de Referência para Educação Permanente em políticas sobre Drogas. E-mail: joao_mendes_pb@hotmail.com

Luciana Boiteux. Graduada em Direito. Mestre em Direito. Doutora em Direito Penal. Professora de Direito Penal e Criminologia da Faculdade Nacional de Direito (UFRJ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa nível 2 do Cnpq. Coordenadora do Grupo de Pesquisas em Política de Drogas e Direitos Humanos e pesquisadora associada ao Laboratório de Direitos Humanos da UFRJ. Membro do Conselho Consultivo da REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos, pesquisadora associada ao NEIP - Núcleo de Estudos sobre Psicoativos e ao Colectivo de Estudios Droga y Derecho (CEDD). Email: luboiteux@gmail.com

Luciana Peluzio Chernicharo. Graduada em Direito. Mestre em Direitos Humanos, Sociedade e Arte. Pesquisadora do Instituto de Estudos da Religião (ISER) na área de Direito Humanos. E-mail: lpchernicharo@gmail.com

Marcela Alejandra Tiburcio Sainz. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidad Nacional Autónoma de México. Tutora dos programas de posgraduação das

Faculdades de Medicina e Psicologia desta universidade. Pesquisadora da Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. E-mail: tibsam@imp.edu.mx

Maria Lúcia Karam. Juíza de direito aposentada do Tribunal de Justiça do estado do Rio de Janeiro. Ex-juíza-auditora da Justiça Militar Federal e ex-defensora pública no estado do Rio de Janeiro. Diretora da Associação dos Agentes da Lei contra a Proibição (LEAP BRASIL). E-mail: malukaram27@gmail.com

Marilyn Dione de Sena-Leal. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (PPGPsi/UFPE). Docente da Universidade Estadual de Pernambuco (UPE). Pesquisadora do Grupo de Estudos de Álcool e Outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco (Gead/UFPE). Membro do Núcleo Integrado de Saúde Coletiva (NISC/UPE). E-mail: marilyn.sena@upe.br

Patrícia von Flach. Psicóloga e Assistente Social. Mestre e Doutoranda em Saúde Coletiva (ISC- UFBA). Trabalha no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD-UFBA). E-mail: patriciavonflach@gmail.com

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho. Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia. Professor Associado do Instituto de Psicologia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas em Direitos Humanos da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bolsista de produtividade em pesquisa (CNPq). E-mail: ppbicalho@ufrj.br

Raquel Peyraube. Médica, Doutora em Medicina, Especialista em Uso Problemático de Drogas e Endocannabinologia. Presidente da Sociedad Uruguaya de Endocannabinología. Docente do Curso de Políticas de Drogas do Centro de Investigación y Docencia Económicas, Aguascalientes - México. Investigadora do "Monitor Cannabis" da Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, Uruguay. E-mail: rpeyraube@icloud.com

Renata Barreto Fernandes de Almeida. Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente do curso de Psicologia (Unifavip). Membro do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco (Gead/UFPE). E-mail: renatabfa@hotmail.com

Roberta Brasilino Barbosa. Psicóloga. Especialista em Psicologia Jurídica. Mestra e Doutora em Psicologia. Pós-doutoranda pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia. E-mail: robertabrasilino@gmail.com

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque. Psicóloga e Sanitarista. Doutora em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Psicóloga do Instituto Federal

de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco (IFPE). Membro do Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco (Gead/UFPE). E-mail: rorameh@gmail.com

Sarah Gimberau Gimenez: Possui bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e atualmente é aluna da especialização em Psicologia Jurídica pelo Instituto Sedes Sapientiae. Estagiou no Centro de Atendimento Multidisciplinar da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, no Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (NUDEM). Trabalhou como pesquisadora voluntária no Instituto Terra Trabalho e Cidadania com mulheres estrangeiras encarceradas. Possui interesse na área da Psicologia Jurídica e Políticas Públicas com ênfase na questão de gênero. Email: sarah.gimbernau@gmail.com

Shoshana Berenzon Gorn. Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Universidad Nacional Autónoma de México e Investigadora Nacional Nivel II. Pesquisadora do Instituto Nacional de Psiquiatria. Professora dos programas de posgraduação da Faculdade de Psicologia e Medicina da Universidad Nacional Autónoma de México. E-mail: berenz@imp.edu.mx

Thiago Colmenero Cunha. Psicólogo e pedagogo. Mestre e doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (bolsista CNPq). Professor da Universidade Santa Úrsula. E-mail: colmenerocunha@gmail.com

Wanderson Flor do Nascimento. Graduado em Filosofia. Mestre em Filosofia. Doutor em Bioética (UnB). Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética e do Departamento de Filosofia da Universidade de Brasília (UnB). Membro do Comitê Técnico da Saúde da População Negra do Ministério da Saúde. Membro da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde. Co-líder do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Gênero e Relações Raciais Audre Lorde (UFRPE/UnB/CNPq). E-mail: wandersonn@gmail.com

Yone Gonçalves de Moura. Psicóloga. Mestre em Ciências e Especialista em Dependência de Drogas pela Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas-DIMESAD. Departamento de Psicobiologia. Unidade de Dependência de Drogas-UDED. E-mail: ygmoura@gmail.com

