

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

GABRIELLA NUNES NEVES

**O CONFLITO ÉTICO ENTRE PROIBICIONISMO E REDUÇÃO DE DANOS:
ANÁLISE E CONTRIBUIÇÕES BIOÉTICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha

Brasília - DF

2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N518c Neves, Gabriella Nunes
O conflito ético entre proibicionismo e redução de danos: análise e contribuições bioéticas / Gabriella Nunes Neves; orientador Dais Gonçalves Rocha. -- Brasília, 2017.
99 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Bioética) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Drogas. 2. Proibicionismo. 3. Redução de danos. 4. Bioética. I. Rocha, Dais Gonçalves, orient. II. Título.

GABRIELLA NUNES NEVES

**O CONFLITO ÉTICO ENTRE PROIBICIONISMO E REDUÇÃO DE DANOS:
ANÁLISE E CONTRIBUIÇÕES BIOÉTICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em Bioética pelo
Programa de Pós-Graduação em Bioética da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha – Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Andrea Donati Gallasi
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria da Glória Lima Cruz Teixeira
Universidade de Brasília (Suplente)

Dedico esse trabalho à minha mãe.

AGRADECIMENTOS

À professora Dais Rocha, minha orientadora, pela confiança, respeito, acolhimento e paciência.

Ao professor Cláudio Lorenzo, pelo estímulo e abertura ao diálogo.

Ao professor Antônio Nery, por me ensinar a compreender o uso de drogas como escolha à vida.

À minha família, pelo apoio incondicional para continuar seguindo os caminhos escolhidos.

Ao Davizinho, pelos sorrisos, pelo carinho e pela compreensão durante minhas ausências.

Aos amigos/as Kauara, Rafaela e Rodrigo, por compartilharem histórias e amenizarem as angústias vividas durante o período da pesquisa.

Ao Marcelo, pela leitura e por me ajudar a diminuir o peso do que poderia ter sido.

A todos/as os/as colegas da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Ministério da Saúde, em especial Antônio, Claudinha, Felipe, Fernanda, Lucas, Leo e Lucíola, pelo companheirismo e força do dia a dia.

Aos colegas que conheci durante as disciplinas do mestrado, em especial à Andrea Leite, fonte de afeto e inspiração.

A todos e a todas que se atrevem a denunciar a Guerra às Drogas: minha eterna admiração.

*A paz invadiu o meu coração
De repente, me encheu de paz
Como se o vento de um tufão
Arrancasse meus pés do chão
Onde eu já não me enterro mais*

*A paz fez um mar da revolução
Invadir meu destino; A paz
Como aquela grande explosão
Uma bomba sobre o Japão
Fez nascer o Japão da paz*

*Eu pensei em mim
Eu pensei em ti
Eu chorei por nós
Que contradição
Só a guerra faz
Nosso amor em paz*

*Eu vim
Vim parar na beira do cais
Onde a estrada chegou ao fim
Onde o fim da tarde é lilás
Onde o mar arrebenta em mim
O lamento de tantos "ais"*

(A Paz – Gilberto Gil)

RESUMO

Esta dissertação propõe uma reflexão crítica acerca do fenômeno moral das drogas, a partir do conflito ético entre Proibicionismo e Redução de Danos. Foi realizada pesquisa bibliográfica e análise documental com objetivo de sistematizar criticamente os principais marcos históricos da moral sobre drogas, fundamentada em dois discursos proeminentes: o proibir e o cuidar. Apresentou-se também um ensaio da trajetória da Saúde Pública e da Justiça brasileiras na construção de políticas públicas sobre drogas. Buscou-se também apresentar as fundamentações teóricas filosóficas dos polos do conflito, aproximando o Proibicionismo à Ética Deontológica e a Redução de Danos à Ética Utilitarista. Considerando o caráter propositivo das Bioéticas Críticas latino-americanas, o estudo se propôs a orientar à tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas, a partir de três princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: autonomia e responsabilidade individual; responsabilidade social e de saúde; não discriminação e não estigmatização. Constatou-se três orientações fundamentais para tomada de decisões em políticas sobre drogas no Brasil: 1) a autonomia e a responsabilidade individual sobre o uso de drogas devem ser compreendidas a partir das condições de vulnerabilidades; 2) a ação de proteção do Estado deve se pautar numa perspectiva intersetorial de garantia de direitos; 3) o debate sobre drogas deve priorizar a discussão sobre racismo, discriminação de gênero e raça e demais marcadores sociais envolvidos.

Palavras-chave: Drogas. Proibicionismo. Redução de danos. Bioética.

ABSTRACT

This dissertation proposes a critical reflection on the moral phenomenon of drugs, starting from the ethical conflict between Prohibitionism and Harm Reduction. A bibliographical research and documentary analysis was carried out with the objective of critically systematizing the main historical milestones of drug morality, based on two prominent discourses: the Prohibition and the Care. An essay on the trajectory of Brazilian Public Health and Justice in the construction of public policies on drugs was also presented. It was also analysed the philosophical theoretical foundations of the two parts of the conflict, approaching Prohibitionism to Deontological Ethics and Harm Reduction to Utilitarian Ethics. Considering the propositional nature of the Latin American Critical Bioethics, the study proposed to guide the decision-making managers of public policies on drugs, based on three principles of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights: autonomy and individual responsibility; Social and Health Responsibility; Discrimination and no Stigmatization. Three fundamental guidelines for decision-making in drug policies in Brazil were found: 1) autonomy and individual responsibility for drug use should be understood from the conditions of vulnerability; 2) the State protection action must be based on an intersectoral perspective of guarantee of rights; 3) the drug debate should prioritize the discussion on racism, racial discrimination and other social markers involved.

Keywords: Drugs. Prohibitionism. Harm Reduction. Bioethics.

LISTA DE APREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AI	Ato Institucional
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Serviços específicos ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas
Cebriad	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicas
Cetad	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CND	<i>Commission on Narcotic Drugs</i>
Cofen	Conselho Federal de Entorpecentes do Ministério da Justiça
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
Cordato	Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos
DARE	<i>Drug Abuse Resistance Education</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
DUBDH	Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IBC	Comitê Internacional de Bioética
IHRA	Associação Internacional de Redução de Danos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
PST	Programa de Troca de Seringas
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas

SUS	Sistema Único de Saúde
TJDFT	Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios.
UDI	usuários de drogas injetáveis
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UnB	Universidade de Brasília
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU
Unifesp	Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS.....	18
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	19
CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO HISTÓRICO DA MORAL SOBRE DROGAS.....	22
1.1 O PROIBIR: O Proibicionismo e a guerra às drogas	23
1.2 O CUIDAR: A Psiquiatria, a Saúde Pública e a Redução de Danos	32
1.3 As Políticas sobre Drogas no Brasil.....	42
1.3.1. A trajetória da Justiça	42
1.3.2. A trajetória da Saúde Pública	49
2 INTERFACE ENTRE BIOÉTICA, DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS.....	57
2.1 Reflexões éticas sobre a abstinência e a redução de danos	59
3 AS DROGAS COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE EM BIOÉTICA	73
3.1. Autonomia e Responsabilidade Individual	78
3.2 Responsabilidade Social e de Saúde	82
3.3 Não-Discriminação e Não-Estigmatização	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS.....	93

INTRODUÇÃO

Este trabalho, além de um produto acadêmico, é para mim a confluência de dois aspectos da minha vida: a minha relação com as drogas e a minha vida moral. A escolha pela interface entre essas duas dimensões não foi fácil! Esta introdução assume características de apresentação, pois revela minha trajetória, enquanto pesquisadora, que proporcionou definir objetivos, justificativas e pressupostos do tema proposto.

Não consigo precisar a origem da minha relação com as drogas. Elas sempre existiram em minha vida, sempre estiveram nas festas familiares e na escola. Não tenho uma história “trágica” ou “excepcional” com as drogas, nem grandes eventos para relatar. Minha história com as drogas perpassa dois tipos de processos. O primeiro de amestramento¹, o qual fui domesticada a reconhecer o espaço que as drogas ocupam na sociedade. Aprendi que as drogas ocupam o lugar do errado, do proibido e do escondido. O segundo processo nomeio como protetor², no qual aprendi que, devido à minha condição socioeconômica, “posso transgredir” ou me “tornar invisível” aos olhos de quem fiscaliza normas sobre uso de drogas ilícitas. Esses dois processos me fizeram vivenciar momentos saudáveis com as drogas, mas também me fizeram viver momentos angustiantes, pois me deparei com contradições e injustiças.

Lembro-me de assistir às palestras do PROERD³ na escola. Lembro-me dos adesivos “*Diga não às drogas!*” grudados nos meus cadernos e na janela da sala de aula. Lembro-me de julgar o ato de fumar como o comportamento mais condenável, do cheiro de maconha nos cantos da escola e de risos desmedidos. Lembro-me de expulsão de colegas pelo uso de lança-perfume no banheiro. Lembro-me da alegria da primeira baladinha regada a cerveja, pinga e vodca, da “ressaca moral” e da

¹ Utilizo a palavra amestramento no sentido de ato ou efeito de amestrar-se, adestrar-se ou instruir-se, por meio do controle do comportamento, por comandos e ações disciplinares para o alcance de obediência ou submissão de uma ordem. No entanto, a escolha dessa palavra surge a partir da necessidade de enfatizar seu caráter simbólico, por se tratar de um processo de ensinamento que nos situa em um universo de orientação e reconhecimento de valores.

² Conceituo “processo protetor” o fato de residir em Brasília, cidade que possui o maior produto interno bruto *per capita* em relação às capitais do Brasil, ser branca, pertencer a uma classe social média-alta e por me considerar uma pessoa com alto grau de instrução, com acesso a serviços públicos básicos, com conquistas de conforto, locomoção e patrimônio.

³ O Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD – é a adaptação brasileira do programa norte-americano Drug Abuse Resistance Education – DARE, surgido em 1983 e implantado no Brasil em 1992 pela Polícia Militar de todos os estados brasileiros. Recordo-me de participar das palestras do PROERD nos anos de 1996 e 1997 no colégio particular que frequentava.

promessa que nunca faria aquilo novamente. Mas, ao mesmo tempo, lembro-me também de reconhecer a bebida como o melhor “empurrãozinho” contra a timidez. E como era saborosa a cerveja oferecida pelo meu pai, durante momentos de celebração, e como era “fino” tomar vinho com minha mãe! Lembro-me de pessoas interessantes que conheci e do encantamento amplificado devido ao estado de alteração de consciência. Lembro-me de *Eu, Cristiane F. [...], Transpoitting, O Bicho de Sete Cabeças* e *Cidade de Deus*. Lembro-me de um amigo que foi pego com maconha nos arredores da UnB, e por isso teve que participar de reuniões com psicólogos no TJDF (Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios). Lembro-me de outro amigo que passou uma temporada longe da galera, se desintoxicando. Como eram chatos os sermões de padres em igrejas e de policiais em rodovias. Lembro-me de comprar remédio para emagrecer no mercado clandestino, tempos áureos da adolescência subversiva. Mas também me recordo de recusar remédio antidepressivo durante o pós-parto e lidar com as questões da minha recém maternidade “fumando um”. Enfim, são só fragmentos, minha relação com as drogas não é muito diferente da história de várias “meninas” brancas, escolarizadas e de classe média alta.

Alguns acontecimentos me impeliram a sair do campo da experiência pessoal e iniciar um processo mais amplo de reflexão, fato que transformou parte da minha vivência em meu tema de mestrado. A minha graduação em Psicologia, a minha atual carreira como servidora pública no campo das Políticas Sociais, a minha atuação na Política Nacional de enfrentamento ao HIV/Aids e às hepatites virais, meu encontro com a Bioética e meu estágio profissional em um ambulatório de acolhimento a dependentes de drogas pela perspectiva da Redução de Danos, durante o mestrado, em Paris, na França, foram circunstâncias que favoreceram o investimento na reflexão crítica ao tema aqui proposto.

Durante algumas experiências pessoais, profissionais e acadêmicas no campo das drogas sempre me encontrei na situação de ter que escolher um lado, que, lógico, variava de acordo com o contexto – repressor ou permissivo. Situações que envolviam o tratamento de dependentes, por vezes, me colocaram ao lado da abstinência como a opção mais adequada. Realizei um trabalho na graduação em Psicopatologia que me oportunizou participar das reuniões dos Alcoólicos Anônimos

- AA⁴. Fiquei encantada com as leituras, com os depoimentos de recuperação e com as palavras de conforto dos participantes. Consegui defender a proposta de abstinência do AA como uma ótima estratégia de recuperação.

Conheci a *Redução de Danos* em seu reduto: a Saúde Pública. Meu primeiro contato foi num estágio em Psicologia da Saúde no ambulatório de doenças infecciosas do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O conceito de Redução de Danos me foi apresentado, inicialmente, como uma possível estratégia de adesão ao tratamento com antirretrovirais. Mais tarde, já como Analista de Políticas Sociais, na área de prevenção do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, conheci um pouco da história, da militância e do envolvimento do conceito nas políticas de saúde brasileira. Acompanhei projetos de testagem do HIV, desenvolvidos por organizações da sociedade civil, em cenários de uso de drogas com populações em situação de vulnerabilidade (mulheres, travestis e transexuais profissionais do sexo). Com essa experiência, passei a compreender a Redução de Danos como um conjunto de princípios utilizados para sustentar políticas que respondem ao fenômeno das drogas como um problema para a sociedade.

Durante essa caminhada, percebi as dificuldades envolvidas no campo da *Redução de Danos*: as confusões conceituais, a operacionalização das ações na prática, a falta de financiamento, o confronto com os equipamentos do sistema de Segurança Pública, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, principalmente nos momentos cruciais de se posicionarem frente aos argumentos proibicionistas às drogas. Diante dessa constatação, uma inquietação sempre me acompanhou: como é possível a Redução de Danos sobreviver ao Proibicionismo?

A inquietação acerca do conflito entre os dois surgiu em um momento que eu me considerava mais madura e crítica, pois tinha maior compreensão sobre o que é a *Guerra às Drogas*⁵, e a consequência nefasta do Proibicionismo. A Redução de Danos me parecia em confronto a essa corrente hegemônica e, por isso, haveria sempre uma luta à sobrevivência.

Confesso que sempre me senti cética em relação ao fortalecimento da Redução de Danos. O movimento contracorrente dos programas de Redução de

⁴ Em 2004, participei do Grupo dos Alcoólicos Anônimos da Asa Norte, que realiza reuniões na Igreja São Francisco de Assis em Brasília, Distrito Federal.

⁵ *Guerra às Drogas* foi a expressão aplicada à campanha de proibição às drogas liderada pelos Estados Unidos. Em 17 de junho de 1971, o presidente dos EUA, Richard Nixon, colocou o abuso de drogas como o “inimigo número um” do país.

Danos, apesar de apresentar conquistas históricas, como a redução de infecção do HIV na população de usuários de drogas injetáveis em todo o mundo, parecia, a meu ver, no cotidiano das políticas de saúde no Brasil, uma retórica ultrapassada. O que sempre me chamou a atenção era o fato da Redução de Danos atuar frente a um tema polêmico, diante dos desafios éticos e morais cotidianos, que dizem respeito a uma moral dominante sobre as drogas.

Para compreender o fenômeno moral das drogas, é preciso assumi-lo em sua complexidade e em seu entrelaçamento a vários aspectos da dimensão humana como os legais e jurídicos, os técnicos, os de saúde, os sociais, entre outros. São muitos os olhares que capturam as drogas como objeto de conhecimento, e muitas análises fragmentam a totalidade do fenômeno. Os aspectos éticos e morais são, em minha percepção, os mais difíceis e os menos explorados para se compreender esse conflito, por isso a necessidade de ampliar essa reflexão. Assumir as drogas como um fenômeno complexo é compreender sua característica transdisciplinar. Nesse sentido, a Bioética surge como uma ferramenta poderosa, pois como uma ética aplicada às Ciências da Vida pode fornecer subsídios para compreender o fenômeno moral das drogas e o conflito entre o Proibicionismo e a Redução de Danos.

A Bioética surgiu a partir do questionamento aos avanços da ciência e da biotecnologia, além do próprio sentido de existência que ela advoga, já que se propõe uma ética aplicada às ciências da vida. Para propor análise e contribuições bioéticas para qualquer tema é preciso, antes de tomar qualquer passo, compreender que a Bioética é fruto das consequências da globalização, gerados a partir desse fenômeno econômico global.

Em sua obra *Bioética Cotidiana*, Berlinguer colocou no centro da reflexão bioética a dimensão global da saúde, que se refere à saúde de todos os sujeitos humanos, em seus aspectos individuais e coletivos. As escolhas morais ligadas à *Saúde Global* possuem para o bioeticista um duplo caráter moral: um caráter *intrínseco*, de referência à antítese entre vida e morte, delimitada pelas capacidades vitais, e um caráter *instrumental*, na qual considera a saúde como condição de liberdade⁽¹⁾. A partir dessas características, Berlinguer defende a saúde como um bem indivisível e como uma finalidade global necessária em um mundo globalizado.

A Bioética, como ferramenta de análise e contribuição para esse conflito, se apresenta a partir da assunção da vulnerabilidade humana, que alerta sobre

a dor de existir, sobre o desamparo que marca a trajetória dos humanos e a necessidade fundamental de sua analgesia, compreendendo então o uso de drogas como uma necessidade de suportar o insuportável e de viver, pura e simplesmente, a vida⁽²⁾.

A partir das referências bioéticas críticas, que se preocupam com os excluídos e marginalizados, marcados por iniquidades sociais, e que se enquadram na linha de pesquisa das situações persistentes em bioética, no contexto do Programa de Pós-graduação em Bioética, da Universidade de Brasília, é que se analisa o conflito ético entre o Proibicionismo e a Redução de Danos.

A polissemia do conceito de drogas, estabelecido em fronteiras fluidas entre alimento, medicamento, veneno e vício, foi construída historicamente nas diferentes culturas⁽³⁾. O conceito de drogas limitado a substâncias psicoativas, ou seja, relacionada somente a alterações nas sensações, na consciência ou no estado emocional, esconde elementos cruciais a uma análise conceitual complexa que questiona padrões hegemônicos de regulação moral.

Por isso, neste trabalho, priorizei seguir a definição de “drogas” como um conceito eminentemente moral, constituído como parte da história das moralidades⁶. Portanto, trata-se de um termo valorativo, que ao se relacionar com uma conduta humana (usar, produzir, distribuir, comercializar, compartilhar, entre outras) sofre apontamentos de aprovação ou de reprovação, que dependem de variáveis e circunstâncias sociais, históricas e econômicas. Pode ser bebida, alimento, substância ou produto. Pode ser fermentado ou destilado. Pode ser planta ou cogumelo. Pode ser excitante, entorpecente, tranquilizante ou alucinógeno. Pode ser natural ou sintética. Pode ser lícita ou ilícita. Pode ser prescrita ou não. Pode ser um narcótico, pode ser psicotrópico, psicoativo ou psicodélico. Pode ser uma espirituosa, pode ser ritalina ou chá de ayahuasca. Pode ser cara ou barata. Pode ser inofensiva ou perigosa. Pode encorajar e energizar. Pode ser tóxica ou revigorante. Pode ser religiosa, sem crença, ou demoníaca. Pode matar ou pode curar. Pode até ser alimento do dia-a-dia, um café após o almoço, ou um tempero adicional. Pode ser desmedida, indevida, excessiva, abusiva, moderada, controlada ou abstinência.

Para o contexto de saúde pública, a definição de drogas como substância psicoativa é avultada, pois coloca a doença mental “dependência” no centro da

⁶ Pretende seguir a defesa de Henrique Carneiro, historiador brasileiro, que estudou a história do regulamento moral às drogas, estabelecido no mundo moderno, como parte da história das moralidades, que integram concepções políticas, sociais, econômicas e filosóficas⁽⁴⁾.

“problemática das drogas”. Nesse sentido, é importante enfatizar o modelo conceitual de dependência ou fármaco-dependência como uma organização processual de um sintoma formado por uma tríade: meio ambiente, substância e sujeito⁽²⁾. Essa concepção de gênese tridimensional, defendida originalmente pelo francês Dr. Claude Olivenstein nos anos de 1980, orientou muitas políticas e serviços de saúde de Redução de Danos, que buscaram distinguir os diferentes encontros entre os sujeitos e as drogas. Esse modelo altera o foco das drogas nas substâncias e traz à tona as vicissitudes humanas, suas características e singularidades, os diferentes padrões de uso e os variados contextos socioculturais.

Apesar de se estabelecer um conceito ampliado de dependência, que tenta retirar o foco refletor da substância, eu acrescentaria no centro dessa tríade a regulação moral, para mim pouco explorada nas políticas públicas. Assim sendo, pretendo, no primeiro capítulo desse trabalho, apresentar o pressuposto de que a moralidade comum e hegemônica sobre as drogas se originou a partir do Proibicionismo e seguiu marcos históricos que construíram políticas sobre drogas no mundo, com conteúdos discursivos próprios dos setores da justiça e da saúde.

O segundo capítulo do trabalho destina-se a apresentar os dois polos do conflito entre o proibir e o cuidar, a partir da Filosofia Moral em Kant e Stuart Mill. Parte-se do entendimento de que os dois polos do conflito entre Proibicionismo e Redução de Danos possuem estruturas e linguagens morais que podem ser explicadas por teorias éticas distintas e opostas⁽⁵⁻⁸⁾. Em relação à moral proibicionista, a reflexão parte da teoria deontológica de Kant, tendo por base a análise das obras *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, de 1785⁽⁹⁾ e da Doutrina da Virtude, contida em *A Metafísica dos Costumes*, de 1797⁽¹⁰⁾; em relação à linguagem moral da Redução de Danos, a análise parte da teoria teleológica utilitarista de Stuart Mill, nas obras *Sobre a Liberdade*, de 1859⁽¹¹⁾ e *Utilitarismo*, de 1871⁽¹²⁾.

Por fim, serão apresentados, no terceiro capítulo, três princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, que pretendem orientar políticas públicas que se deparam com a problemática apresentada. Os princípios eleitos para desenvolver a reflexão crítica proposta foram: Autonomia e Responsabilidade Individual; Responsabilidade Social e de Saúde; Não Discriminação e Não Estigmatização.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender o fenômeno moral das drogas, a partir do conflito entre o *Proibicionismo* e a *Redução de Danos*, na perspectiva da Bioética em seu caráter propositivo, ou seja, de orientação à tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas.

Objetivos específicos

1) compreender o fenômeno moral das drogas, a partir de uma perspectiva histórico-teórica do surgimento do Proibicionismo e da Redução de Danos;

2) sistematizar criticamente os principais marcos históricos da moral sobre drogas, fundamentada em dois discursos proeminentes: o cuidar e o proibir; e as fundamentações teóricas filosóficas dos polos do conflito;

3) desenvolver reflexão crítica sobre o conflito apresentado a partir de princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos para subsidiar tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Este estudo trata de uma pesquisa teórica, sob forma de um ensaio explicativo, *dedicada a reconstruir teoria, conceitos, ideias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos*⁽¹³⁾. Ou seja, não houve a pretensão de intervir na realidade, mas buscou-se reconstruir referências a partir de explicações e posicionamentos que fundamentam os debates do conhecimento em questão.

O estudo envolveu um levantamento bibliográfico referente à temática sobre drogas, redução de danos e bioética, com a análise interpretativa crítica dos materiais selecionados. Segundo Horsburg, o papel do pesquisador é organizar, selecionar e construir uma possível explicação, a partir de fatos interpretados, em um tempo e contexto limites⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, destaco que o estudo se refere a uma aproximação à interface entre Drogas e Bioética, a partir da identificação e compreensão de um conflito ético e moral, desenvolvido intimamente a partir da minha bagagem epistemológica, conceitual e de experiência acadêmica e profissional.

Com a finalidade de identificar as principais teorias éticas e bioéticas existentes na análise de políticas públicas sobre drogas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Science Direct*, *PubMed* e *Scielo*, sem definição de periodicidade, com textos publicados nos idiomas português e inglês, utilizando-se as seguintes palavras-chave: drogas, redução de danos, bioética, ética e moral; *drugs*, *harm reduction*, *bioethics*, *ethic and moral*. O critério de inclusão e seleção de artigos, para o contexto histórico e análise bioética, foi a referência ao Proibicionismo e à Redução de Danos, e sua relação com a Filosofia Moral, Bioética e/ou seus princípios.

Alguns artigos internacionais selecionados trouxeram a perspectiva do conflito ético entre Proibicionismo e Redução de Danos a partir da oposição teórico-filosófico entre a perspectiva deontológica de Kant e utilitarista de Stuart Mill. Essa descoberta teórica me instigou a buscar nesses autores da Filosofia o início da discussão sobre o conflito ético apresentado. Ressalto que uma das principais características da pesquisa qualitativa, denominada reflexividade (*reflexivity*), refere-se ao reconhecimento ativo de quem pesquisa como parte integrante do mundo que estuda⁽¹⁴⁾. Assim sendo, a análise filosófica é reflexo do meu contato introdutório

comesses autores, na busca de compreender o fenômeno em discussão que eu, enquanto pesquisadora, faço parte.

Ressalto que para o contexto histórico, o percurso e o trabalho despendido na busca pelas fontes bibliográficas são resultado de uma tentativa de priorizar referências nacionais, que fazem críticas ao modelo de políticas públicas sobre drogas no Brasil. A seleção dos textos trouxe em destaque Antônio Nery Filho, Francisco Inácio Bastos, Henrique Carneiro, Luciana Boiteux, Luis Carlos Valois, Paulo Amarante, Salo de Carvalho e Tarcísio Andrade. Da mesma forma, foram selecionadas bibliografias da Bioética Crítica, a partir de autores latino-americanos como Fermin Schramm e Volnei Garrafa, respectivamente referências da Bioética de Proteção e de Intervenção. Assim sendo, a bibliografia selecionada revelou obras, temas, conceitos e considerações relevantes para compreensão do objeto de estudo apresentado.

Foi realizada também análise dos documentos nacionais de políticas públicas e das convenções internacionais sobre drogas, para contextualização histórica apresentada no primeiro capítulo. A partir da compreensão de que a pesquisa documental se propõe *a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes têm sido desenvolvidos*⁽¹⁵⁾. Os principais documentos analisados foram: a Política Nacional sobre Drogas⁽¹⁶⁾, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas⁽¹⁷⁾, legislações nacionais – em destaque a lei de drogas nº 11.343/2006 - e as três convenções internacionais sobre drogas vigentes - Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), emendada pelo protocolo de 1972; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971); Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988); e os documentos de Bioética: a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e dois Relatórios do Comitê Internacional de Bioética, 2010 e 2014.

Os resultados e a discussão do trabalho são apresentados na tentativa de dividir os seguintes tipos de análise crítica: histórico-contextual, filosófica e bioética. Minayo e Sanches explicam que a abordagem dialética, presente nas pesquisas qualitativas, opera em nível dos significados e das estruturas como ações humanas objetivadas, portadoras de significado, que tenta “conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível”⁽¹⁸⁾.

As considerações metodológicas descritas se apresentam na flexibilidade do pensar crítico, com intuito de proporcionar maior familiaridade com o conflito ético apresentado, torná-lo mais explícito e abrir possibilidade de ampliar novos olhares sobre a temática de drogas.

CAPÍTULO 1 - O CONTEXTO HISTÓRICO DA MORAL SOBRE DROGAS

A história da relação das drogas com o homem, numa estrutura proibicionista e de guerra, desenvolveu-se na construção de uma moralidade, que hoje vivenciamos, mas que é possível fundamentar, questionar e, assim, talvez participar de propostas de discursos morais diversos. Esse primeiro capítulo tem por objetivo apresentar criticamente os fatos históricos, regras técnicas e jurídicas, arranjos sociais e políticos que se desenvolvem e se apresentam como fonte de uma estrutura moral comum das drogas como um mal a ser combatido e eliminado. Conceituar essa moralidade como hipócrita é denunciar um projeto de sociedade impossível, que fantasia um mundo livre das drogas e que se impõe por meio de práticas extremamente perversas.

Ressalta-se a importância de definir *moralidade*. O termo pode ser conceituado como um âmbito particular da vida humana, como sinônimo de *a moral*, a dimensão pela qual tomamos decisões e as explicamos. A dimensão moral se distingue de outros aspectos da vida, como o jurídico, o técnico ou o religioso. Para o trabalho, *moralidade* refere-se então a um código moral concreto ou a uma estrutura comum de juízos ou prescrições, em que se expressam em princípios, normas, preceitos e valores e que orientam o modo de se comportar de uma sociedade, ou seja, um modelo de conduta^(19,20).

É importante também expor que, em qualquer sociedade, existe uma pluralidade moral, ou seja, existem comunidades morais diversas, com conteúdo de linguagem moral diverso. *A diversidade moral é real de fato e em princípio*⁽²¹⁾ e, por isso, nesta pesquisa, não me coloco somente como uma *estranha moral*, que considera como enganados os que defendem a moralidade dominante sobre as drogas e buscam um acordo, mas me coloco também no papel de analista crítica da própria moralidade essencial sobre as drogas.

Considero o resgate histórico crítico da moralidade construída sobre as drogas como um primeiro passo para uma reflexão ética dos conteúdos que fundamentam essa moral. Apresento a moral vigente de combate às drogas estruturada fundamentalmente numa narrativa com dois conteúdos particulares: *proibir as drogas*, reprimir e punir os desajustados às normas, e *cuidar dos doentes* que a elas sucumbirem, em busca da saúde e do bem-estar social. Assim sendo, pretende-se apresentar a história do *Proibicionismo* e da consolidação da *Guerra às*

Drogas, seguido do percurso realizado pela Psiquiatria, pela Saúde Pública e pela Redução de Danos. Este último foi traçado ora a favor, ora contra os considerados “abusadores” de drogas. O recorte histórico do trabalho partirá do início da regulamentação moral das drogas a partir do capitalismo mercantil dos Estados Modernos, passando pelo projeto norte-americano de *Guerra às Drogas* até chegar à contemporaneidade e aos principais destaques da moralidade vigente.

Na segunda parte deste capítulo, será apresentada a formação das políticas sobre drogas no Brasil. Serão discutidas as maneiras com as quais o Estado Brasileiro reagiu ao comportamento internacional de *Guerra às Drogas*, com destaque instrutivo à trajetória da Justiça e da Saúde Brasileiras.

1.1 O PROIBIR: O Proibicionismo e a guerra às drogas

A regulamentação moral das drogas se desenvolveu a partir do século XVI, período da expansão ibérica, início do experimentalismo médico e dos primeiros contatos interétnicos entre Europa, Ásia e América. As perseguições religiosas a escritos médicos tidos como heterodoxos, que descreviam saberes sobre plantas conhecidas durante as grandes navegações, são consideradas a gênese da regulamentação moral das drogas⁽⁴⁾.

O historiador brasileiro Henrique Carneiro denuncia as formas diferenciadas de aceitação das plantas americanas no fluxo do comércio colonial do período. O tabaco foi *retirado do seu contexto indígena original e assimilado à cultura global como droga profana e banal, de uso e abuso cotidiano*, enquanto outras plantas foram extremamente rejeitadas e perseguidas pela Igreja Católica. Aquelas consideradas sagradas em rituais indígenas, com princípios alucinógenos, foram associadas a fantasias e magias, à idolatria e ao próprio demonismo, pois possuíam características que as distanciavam da racionalidade ocidental e da moralidade cristã, sendo, por isto, proscritas⁽²²⁾.

A possibilidade de um mundo novo integrado tornou as drogas uma peça-chave - *um conceito quase mágico no século XVI, de uma riqueza que, diferentes dos bens fixos e externos de riqueza ostentável, relacionava-se diretamente com o próprio corpo, em particular com os sentidos*⁽⁴⁾. As drogas foram se apresentando conceitualmente no encontro entre saberes e poderes e acompanharam a história das moralidades e dos padrões culturais das sociedades: *O novo Estado Moderno*,

portanto, une o poder religioso ao poder médico para guardar um conjunto de normas reguladoras da vida pessoal, em especial do consumo das drogas⁽²³⁾.

Evidencia-se, portanto, que a circulação das drogas como mercadoria é o que origina o *Proibicionismo* e se apresenta como apoio sólido da regulamentação moral de seu consumo. O estabelecimento do que é necessidade ou luxo, em conjunto com as concepções sobre o que é terapêutico ou sagrado, é definido pelos critérios do capitalismo comercial moderno:

Em se falando de comidas, de bebidas ou de drogas, a história da lógica distributiva que rouba aos produtores o seu produto, impondo uma dialética inexorável de fome para muitos e propriedade para poucos, indica níveis e padrões de consumo socialmente estratificados⁽²⁴⁾.

O *Proibicionismo* é a instauração de um regime normatizador sobre o que foi se constituindo como droga, processo das sociedades de mercado, que definiu posições de ilegalidade. A proibição do ópio na China é emblemática, pois foi justificada pelo desequilíbrio na balança comercial do país, devido ao aumento da importação e do consumo do produto⁽²⁴⁾.

As duas Guerras do Ópio, ocorridas durante o século XIX, foram consequências da imposição britânica ao livre comércio e das sucessivas medidas proibitivas ao consumo de ópio pelo governo chinês. A Inglaterra lucrava na medida em que se tornavam mais rigorosas as medidas repressivas chinesas, pois era ela quem detinha o controle do tráfico em rotas ilegais e que concorria de forma desleal com os comerciantes locais.

A droga como um mal, durante as guerras chinesas, representada pelo ópio, foi divulgada não somente devido ao aumento do consumo, fazendo parte de um discurso político estratégico que desviava a atenção dos problemas econômicos e sociais que o país enfrentava⁽²⁵⁾:

A debilidade da sociedade chinesa, a pobreza, a humilhação na perda da guerra, fatores que somados à imposição do comércio do ópio levaram ao aumento do consumo dessa droga pelo povo chinês, portanto não foi só a baixa do preço que deve ter feito o consumo aumentar, mas a circunstância de debilidade de um povo agravada inicialmente pela própria proibição. [...] Depois do aumento do consumo de ópio na China começaram a chegar informações no ocidente de que a economia chinesa estava em colapso, que os chineses passavam fome e o uso da droga tinha se tornado endêmico. A conexão entre esses dois últimos fatores é complexa: O ópio causava a fome ou o ópio era um recurso para aliviar o desespero dos famintos? [...] Se a Inglaterra consumia, na época, mais ópio do que a China, as primeiras preocupações com a epidemia e com o mal que a droga estaria causando ao povo chinês significavam um desvio de atenção aos verdadeiros problemas sociais que a China enfrentava⁽²⁵⁾.

Foi também durante o século XIX que os movimentos de temperança desenvolvidos na Inglaterra e, principalmente, nos Estados Unidos da América (EUA) foram implementados, progressivamente, como parte de um *programa político de reforma moral*, com expressão religiosa protestante, a qual, em conjunto com castidade e o vegetarianismo, incentivam a abstinência do consumo de álcool⁽²⁶⁾. Esses movimentos faziam parte de um *intento missionário religioso* das sociedades que nasciam nos EUA, que buscavam o controle dos comportamentos e das condutas sociais pelo Estado, de forma a garantir o projeto capitalista e equiparar seus ideais aos valores democráticos:

O Estado devia garantir o livre comércio, mas as pessoas, qual produtos, deviam ser moldadas como consumidoras dentro de um padrão moral estabelecido, objetivadas ao gosto do mercado. O grande paradoxo da democracia capitalista está nessa objetificação que é o oposto da liberdade e é percebido claramente na busca de uma sociedade sóbria em nome dessa liberdade⁽²⁵⁾.

A moralidade religiosa norte-americana dá forma ao que Valois chama de *diplomacia missionária*. O interesse no comércio das drogas transformou o EUA no grande ícone da postura proibicionista e o chefe dos acordos internacionais sobre drogas a partir do século XX⁽²⁵⁾.

Em 1909, ocorreu o primeiro encontro internacional, a *Conferência de Xangai*, quase 50 anos depois de encerrada a última guerra do ópio, que reuniu potências europeias, China e EUA. O encontro tinha por objetivo discutir a regulamentação do comércio do ópio e de seus derivados e recomendar aos países que limitassem o uso dessas drogas a fins medicinais⁽²⁷⁾. Iniciou-se o discurso moral-sanitário do uso não medicinal como patológico e a partilha dos interesses sobre as drogas delegada ao poderio médico-científico⁽²⁸⁾.

O status formal do *Proibicionismo* ocorreu com a *Conferência de Haia*, em 1912, também conhecida como primeira Conferência Internacional do Ópio. Doze nações se comprometeram a cumprir o acordo, dessa vez mais amplo, tendo a cocaína, a heroína, a morfina e o ópio como alvos da restrição. O documento produzido em Xangai é tido como o marco de processo político internacional proibitivo. Com esse triunfo político internacional, os EUA obtiveram respaldo para criar e impor sua própria legislação federal proibitiva⁽²⁵⁾.

O primeiro manifesto legal norte-americano foi em 1914, a *Harrison Narcotics Act*, compreendida como a primeira experiência do trato da questão da droga como

questão médica: as drogas passaram a ser registradas e limitadas a prescrições médicas⁷. Apesar da questão médica ter sido o mote da lei, não ficou clara a relação direta da proibição às questões farmacológicas das substâncias derivadas do ópio e da coca. O que se percebeu foi a difamação e a discriminação raciais, construídas por razões históricas, em torno do uso de drogas e problemas sociais do país, como a pobreza e a violência. A imprensa e a própria literatura científica da época associavam constantemente o uso de drogas a outros crimes. O ataque sexual às mulheres brancas por negros que usavam cocaína se destacava como um dos crimes mais escandalosos da época⁽²⁹⁾.

Em 1920, o Estado norte-americano proibiu nacionalmente a fabricação, a importação, o transporte e a venda de álcool, pelo *Volstead Act*, que passou a ser popularmente conhecida como Lei Seca. As consequências dessa lei foram desastrosas e o poder policial e a justiça criminal se fortaleceram ainda mais em combate à máfia⁸. O consumo de álcool aumentou, o mercado clandestino cresceu, e com isto foi construído um robusto aparato repressivo de combate às drogas proibidas⁽²⁵⁾.

Apesar da Lei Seca ter sido revogada treze anos depois, como estratégia para superar a crise econômica de 1929, o padrão repressivo se manteve e outras drogas se tornaram alvo de criminalização. Após a proibição do álcool, as novas drogas perseguidas eram associadas a certos grupos populacionais, e continham características xenófobas e racistas. O ópio se associava ao chinês, a maconha aos latino-hispânicos e a cocaína aos negros.

As medidas de proibição do uso de drogas inevitavelmente eram antecedidas de uma cobertura noticiosa histórica, cheia de histórias assustadoras sobre o uso de drogas entre minorias desprezadas, não raro imigrantes e pobres. [...], no caso da cocaína os temores estavam ligados aos negros do Sul, no da maconha eram os negros e mexicanos os bichos-papões e no do ópio, os ferroviários chineses. Nos três casos, o noticiário sensacionalista era acompanhado de perfis lascivos de homens desses grupos fazendo uso de drogas para facilitar o estupro ou a sedução, ou ambos, de mulheres brancas. Até a Lei Seca, sobre bebidas alcoólicas, fora

⁷ A prescrição médica só era permitida se fosse demonstrada a prática de diminuição da dosagem de drogas, com o objetivo principal de se alcançar a abstinência. Essa normativa levou muitos médicos a atuarem clandestinamente, pois nem todos os usuários eram considerados pacientes, ou dependentes de alguma substância. Com isso, os médicos se tornaram os primeiros traficantes de drogas. Nos primeiros anos seguintes à entrada em vigor do *Harrison Act*, foi consolidado o caráter repressivo até então não existente. Muitas clínicas de tratamento foram fechadas, e, no mínimo, 25 mil médicos foram presos sob acusação de venda ilegal de drogas⁽²⁵⁾.

⁸ Destaca-se a organização criminoso de imigrantes italianos, liderada por *Al Capone*, em Chicago, que por meio do contrabando e da venda de bebidas ilegais, durante a Lei Seca, alcançou lucros altíssimos, enriquecendo e tornando-se lendária na história do crime dos EUA.

aprovada com o objetivo de controlar o comportamento daqueles que as correntes majoritárias da sociedade viam como grupos minoritários assustadores. Nesse caso, eram sobretudo alemães afeitos à cerveja e outros imigrantes pobres, durante o envolvimento dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial e um pouco antes⁽²⁸⁾.

Após a segunda Guerra Mundial, o controle internacional de drogas passou a ser conduzido pela Organização das Nações Unidas. Criada em 1945 e herdeira da Liga das Nações, a ONU assenhorou-se dos tratados antidrogas, legitimando o ideal punitivo em prol de ações humanitárias. Apesar de ter sido liderado por um grupo de nações, o “Proibicionismo possui nacionalidade definida: A ONU aparecia como nova oportunidade para se seguir a estratégia pensada pelos proibicionistas da América do Norte”⁽²⁴⁾.

A *Convenção Única sobre Entorpecentes* de 1961 foi o primeiro tratado da ONU sobre drogas com objetivo de consolidar todos os anteriores. Ainda vigente, sua principal característica é a de responsabilizar cada estado signatário pela incorporação de medidas de controle em suas legislações nacionais e a de listar as substâncias naturais ou sintéticas, tidas como entorpecentes, e que, portanto, deveriam ser controladas internacionalmente⁹. Esta Convenção é justificada pela preocupação com a saúde física e moral da humanidade e pelo reconhecimento da toxicomania como um grave mal para o indivíduo, além de um perigo social e econômico para a humanidade. Seus signatários, definidos pelo tratado como conscientes, deveriam prevenir e combater esse mal¹⁰.

Em 1971, o texto da primeira convenção foi emendado pela *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas*. O documento internacional ainda demonstrava preocupação com a *saúde e o bem-estar, observando os problemas sociais e de saúde pública*. Foi nesse mesmo ano que Richard Nixon, presidente dos EUA,

⁹Uma das estratégias do *Proibicionismo* foi o emprego em documentos oficiais, desde os anos 30 do século XX, da palavra narcótico como sinônimo geral de drogas proibidas. A palavra “narcótico”, em sua etimologia, significa entorpecimento, ou substância que faz adormecer, como os hipnóticos, soníferos ou sedativos. Os opiáceos ou os barbitúricos são os representantes dessa classificação. No entanto, a cocaína, cujo efeito é exatamente o oposto, pois é um estimulante, foi enquadrada erroneamente pela Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 como um narcótico⁽³⁾.

¹⁰ Ressalta-se que foi na década de 1960 que o movimento da contracultura teve seu auge. O uso de drogas representava um dos elementos contestadores característico do movimento social libertário, que foi impulsionado pela juventude norte-americana e ameaçava os valores conservadores da sociedade à época. O psicodelismo, referência direta às drogas alucinógenas, foi uma estética produzida durante o movimento da contracultura, e esteve presente na música, pintura, literatura e cinema da época. “A noção de ‘viagem’ assumiu um significado suplementar ao do deslocamento espacial para referir-se aos transportes mentais aos ‘antípodas da mente’, como dizia o escritor Aldous Huxley, cujo livro ‘As portas da percepção’ (1956) é talvez o maior manifesto poético e político do psicodelismo”^(3:179).

referiu-se às drogas como inimigo público número um do país, declarando guerra às drogas⁽²⁸⁾. Os entorpecentes passam a ser denominados *substâncias psicotrópicas*¹¹, e o rol de substâncias foi ampliado com objetivo de controle das drogas sintéticas não previstas na convenção anterior. Além disso, foram previstas medidas mais rigorosas ao tráfico de drogas e mencionada a necessidade de providenciar acesso a tratamento e reabilitação em conjunto ou em substituição à prisão⁽²³⁾.

Quinze anos depois, foi promulgada a *Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas* de 1988, que teve como foco o combate a organizações de traficantes. Medidas mais abrangentes e sofisticadas, como ações contra a lavagem de dinheiro, foram estabelecidas e apontaram a cooperação internacional como reforço necessário para desafio de confiscar os lucros financeiros adquiridos durante todos esses anos de proibição⁽²³⁾.

As três convenções ainda vigentes e com número de signatários maior que os membros da ONU, cerca de 95% de todos os países do mundo⁽³⁰⁾, subsidiam o que foi chamado por Salo de Carvalho de *transnacionalização da repressão às drogas*⁽³¹⁾, originada pela intensa produção legislativa em matéria penal e redução das fronteiras nacionais de combate à criminalidade. O resultado desse processo é o fenômeno mundial de encarceramento em massa. A prisão se tornou a única solução, ou seja, a punição padrão para os crimes de drogas, não importando que talvez essa opção fosse mais perigosa, mais violenta ou mais letal que qualquer droga^(31,32).

Além disso, o encarceramento em massa, promovido pelas legislações penais sobre as drogas, possui caráter seletivo, uma vez que vulnerabilidades sociais como pobreza, cor e gênero sempre estiveram intrinsecamente a ele associadas⁽³²⁾. Um dos exemplos dessa seletividade encontra-se na disparidade das sentenças penais dos EUA, verificada nas últimas duas décadas, entre os crimes associados ao uso de *crack*¹² e aqueles associados ao uso de cocaína. As penas estabelecidas aos usuários de crack eram 100 vezes mais rigorosas do que as penas de usuários de

¹¹ Apesar da Convenção de 1971 ter trocado o termo “entorpecente” pelo termo “psicotrópico”, o termo “narcótico” ainda hoje é difundido como sinônimo de proibido ou ilegal⁽³⁾.

¹² O *crack* surgiu em meados da década de 1980, como uma alternativa à cocaína, pois apresentava preços mais baratos e os mesmos efeitos. A cocaína sempre foi associada ao glamour, consumida por elites financeiras, é identificada como uma droga de altos e sofisticados estratos sociais, enquanto o *crack* ocupa os últimos patamares da escala social das drogas, que somadas a outras condições sociais e de referências racistas, seus usuários representam um grupo marginalizado, com altos índices de dependência e consumo destrutivo⁽³⁾.

cocaínas, o que refletia o maior encarceramento de negros e pobres, perfil do usuário de *crack*¹³⁽²⁹⁾.

Essa universalização de resposta ao crime e de controle social, segundo a Criminologia Crítica, não considerou as especificidades locais do consumo da droga, caracterizando o delito referente às drogas com caráter abstrato e a-histórico⁽³¹⁾. Um exemplo dessa caracterização foi a negligência em elucidar a diferença entre coca e cocaína nas convenções internacionais, que desconsiderou o hábito milenar de mascar coca das comunidades tradicionais das regiões andina e amazônica. Em 1952, a Organização Mundial da Saúde descreveu o hábito de mascar coca como uma das formas de “cocaínomania”, ou seja, como um comportamento contendo todas as características de dependência e vício¹⁴. Os elementos culturais, étnicos e econômicos relacionados aos costumes que envolvem a folha da coca foram desconsiderados de forma agressiva e covarde, representando um ataque à própria identidade cultural dessas regiões, seus costumes, suas culinárias e seus rituais⁽³³⁾.

Os instrumentos internacionais de repressão consolidaram o modelo *médico-jurídico* que diferencia “o usuário ou o doente”, dominado pelo discurso médico-psiquiátrico, do “traficante ou criminoso”, dominado pelo discurso jurídico-penal. Esse modelo de discurso levou os países periféricos a estabelecerem políticas extremamente autoritárias e dissociadas da sua realidade, padrões punitivos inquisitivos, conforme analisado por Salo de Carvalho:

¹³ O *crack* e a cocaína em pó sempre foram tratadas como drogas com diferentes potenciais de danos, sendo que a possibilidade de dependência sempre foi percebida como maior no caso do *crack*. No entanto, elas são diferentes formas de uma mesma substância - a cocaína - portanto, possuem efeitos previsíveis e idênticos, que aumentam conforme a dosagem. O livro autobiográfico do neurocientista norte-americano Carl Hart, lançado no Brasil em 2014, relata o desafio das pesquisas científicas no campo de estudos sobre os efeitos das drogas em seres humanos. As pesquisas do autor derrubam uma série de mitos, principalmente relacionados à dependência, e redirecionam a compreensão sobre as drogas dentro do conhecimento científico. Carl Hart relata que a disparidade nas sentenças judiciais não se justificava cientificamente e que “punir mais severamente os usuários de crack que os de cocaína em pó é equiparável a punir mais severamente o que são apanhados fumando maconha do que os que comem brownies sabor maconha”^(29:280).

¹⁴ Os valores terapêuticos da folha da coca chegaram a ser reconhecidos, mas ainda hoje sofrem resistências para sua comprovação. Na década de 1990, um grupo de pesquisa apresentou um relatório que enfatizava os benefícios para a saúde humana do uso da folha de coca, exaltados na 48ª Assembleia Mundial da Saúde. No entanto, após ameaças de suspensão financeira ao projeto, o relatório foi arquivado e suas conclusões não foram oficialmente adotadas⁽³³⁾.

A transnacionalização do controle, com estabelecimento de padrões punitivos de raiz inquisitiva, não compreende e não respeita as autonomias culturais e políticas, gerando resposta repressiva em diafonia com os direitos e as garantias individuais. Ademais, ao incorporarem o modelo transnacionalizado, as agências da periferia identificam inimigos internos, proliferando a lógica da beligerância e densificando processos punitivos baseados na eliminação, neutralização e na erradicação dos elementos disfuncionais^(31:247).

Em 1998, a ONU convocou uma Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS) para discutir o problema mundial das drogas. Nessa sessão internacional sobre drogas, a ONU reafirmou sua política proibicionista e repressiva, a partir de um plano de ação que pretendia alcançar *Um Mundo Livre de Drogas*. Com foco na redução da oferta e da demanda de drogas, com o prazo de dez anos para alcance da meta, os Estados-membros se comprometeram a obter resultados mensuráveis e profícuos, tendo como o pressuposto de que:

As drogas destroem vidas e comunidades, comprometem o desenvolvimento humano sustentável e geram crime. As drogas afetam todos os setores da sociedade em todos os países; em particular, o abuso de drogas afeta a liberdade e o desenvolvimento dos jovens, o bem mais valioso do mundo. As drogas são uma grave ameaça para a saúde e o bem-estar de toda a humanidade, a independência dos Estados, a democracia, a estabilidade das nações, a estrutura de todas as sociedades, e a dignidade e esperança de milhões de pessoas e de suas famílias¹⁵.

Dez anos depois, a 51ª Sessão da Comissão de Narcóticos (*Commission on Narcotic Drugs - CND*), com o objetivo de avaliar o progresso dos objetivos lançados da UNGASS de 1998, revelou que os resultados não mostraram a eficácia almejada e prometida pela repressão às drogas. Em seu relatório de março de 2008, o diretor executivo do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) listou cinco consequências negativas da proposta de repressão⁽³³⁾ crescimento de um mercado qualificado como criminoso e financiado pelos lucros exorbitantes obtidos pelo tráfico; 2) deslocamento de recursos já escassos para políticas e ações repressivas e de controle; 3) deslocamento geográfico da produção de drogas sem impacto na diminuição da produção e do tráfico¹⁶; 4) deslocamento dos

¹⁵ O relatório da XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), que discutiu o problema mundial das drogas, realizada entre os dias 8 e 10 de junho de 1998 em Nova York, está em: United Nations Office on Drugs and Crime. Drogas: marco legal. [internet]. [citado em 2015 jun. 01]. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.htm>

¹⁶ Os planos governamentais de erradicação de cultivo da folha de coca nos países andinos, em especial na Colômbia, Bolívia e Peru, geraram um fenômeno de transferências de cultivo para países vizinhos como resposta às medidas de repressão, o que representou impactos econômicos graves e dificuldade na legitimação do cultivo para consumo tradicional⁽³³⁾.

consumidores de uma substância para outra, na medida em que a repressão dificulta o acesso a uma determinada droga, mas não a outra; 5) estigmatização e marginalização dos usuários de drogas tratados como criminosos e excluídos da sociedade¹⁷.

Questionamentos e críticas ao modelo, principalmente vindos de países europeus, baseavam-se fundamentalmente no respeito aos direitos humanos⁽²³⁾. Os princípios inscritos na Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, em especial os direitos à vida, à saúde, a procedimentos legais justos, a proteção em relação à tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, escravidão e discriminação passaram a ser invocados em favor dos usuários de drogas nas discussões sobre políticas sobre drogas. Em 2009, no preâmbulo do Relatório Mundial sobre Drogas foram declarados os efeitos inesperados do controle de drogas¹⁸, fato que indicou um possível reconhecimento da ONU em sua participação na tragédia anunciada pela *Guerra às Drogas* e no desequilíbrio entre os tratados sobre drogas e os Direitos Humanos. No entanto, essa declaração não foi suficiente para aplicar nenhuma sanção à cumplicidade da ONU nas violações desses direitos.

Boiteux afirma que atualmente existe uma posição mais avançada da ONU no sentido de abrir uma interpretação mais flexível dos tratados⁽³⁰⁾, sem alterá-los, de forma a permitir que os países adotem soluções internas menos catastróficas, diante do fenômeno do super encarceramento por crimes de drogas verificado em vários países do mundo.

A marginalização e o estigma associados ao uso de drogas são dois dos principais obstáculos à garantia de direitos, entre eles o acesso aos serviços de saúde. No entanto, aliadas ao *Proibicionismo* estiveram a Psiquiatria e a Saúde Pública, seja para afirmar o lugar do proibirem favor da saúde, um bem público jurídico, seja para compartilhar os interesses lucrativos do modelo. É no discurso da saúde que se estruturou o segundo conteúdo moral do *Proibicionismo: o cuidar*, que se apoiou, predominantemente, na abstinência como o único modelo de tratamento.

¹⁷ O relatório *Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade* [internet]. 2008. [citado em 2015 jun. 01]. disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/speeches/2008-03-10.html>

¹⁸ O Relatório Mundial sobre Drogas [internet], lançado em 2009, pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), declarou que o enfrentamento às drogas não estava funcionando e que estava em ascensão a frequência na disseminação dessa mensagem. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2009/06/24-unodc-lanca-relatorio-mundial-sobre-drogas-2009.html>

A origem da Psiquiatria, a construção moral do uso de drogas como doença mental, a classificação e definição de danos, a partir da listagem de drogas boas ou más, a luta contra o vírus HIV e a aids, que oportunizou a assunção da Redução de Danos, entre outros, foram fragmentos da história que completam o conteúdo da moral hipócrita sobre as drogas, cuja discussão será apresentada a seguir.

1.2 O CUIDAR: A Psiquiatria, a Saúde Pública e a Redução de Danos

O segundo conteúdo da moral hipócrita do *Proibicionismo* fundamenta-se no *cuidar*, que tem sua origem no surgimento da Psiquiatria, no início do século XIX. A Psiquiatria nasceu em paralelo ao nascimento da Clínica, após a Revolução Francesa, quando o hospital foi perdendo suas funções de caridade e passou a ter função de tratamento e de controle social, como instituição médica⁽³⁵⁾. O isolamento e o tratamento moral comporiam conjuntamente “o meio mais enérgico e ordinariamente mais útil para combater as enfermidades mentais”^(36:260).

Phillippe Pinel, no início do século XIX, foi o precursor da reversa do discurso médico para a loucura, classificando-a como alienação mental. Inspirado pelos ideais revolucionários franceses, desacorrentou os loucos, colocando-os em isolamento social para observar, descrever e classificar o estranho em relação ao padrão moral da época, criando assim primeira especialidade médica: a clínica psiquiátrica⁽³⁷⁾:

Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico⁽³⁷⁾.

A alienação mental foi descrita não como uma doença do corpo, mas como um *distúrbio no equilíbrio das paixões*, capaz de afetar a razão, de perder a capacidade objetiva de percepção da realidade, e se associou à noção de periculosidade. A internação como uma medida de prevenção à periculosidade social era detectada a partir de pelo menos um dos seguintes registros de ameaça: ao corpo dos outros, pela agressividade; ao corpo do próprio alienado, autoagressão; ao vínculo e ao corpo social e da família, relacionado aos bens materiais⁽³⁶⁾. Ou seja, os alienados, *enganados pelos erros dos sentidos*, eram uma

ameaça à ordem e à moralidade pública e, portanto, capazes de cometer atos imorais e criminosos, que se misturavam conceitualmente.

Segundo Birman, a Psiquiatria se tornou vigilante da moral, e a prática do isolamento consolidou o desvio moral como doença⁽³⁶⁾. Houve uma espécie de reivindicação à Justiça da competência em avaliar a responsabilidade moral de certos crimes, de internar os alienados criminosos em asilos e não em prisões. Porém, a moral, a *polícia interna* para Pinel, como forma de tratamento, se impôs também de forma repressora e violenta; a “razão psicopatológica se identificava com a criminológica de modo grosseiro”⁽³⁵⁾. Foucault afirma que o asilo pineliano é um *microcosmo judiciário*:

Para ser eficaz, essa justiça deve ser temível em seu aspecto; todo o equipamento imaginário do juiz e do carrasco deve estar presente ao espírito do alienado, para que compreenda bem a que universo do juízo ele é agora entregue. A encenação da justiça, portanto, fará parte do tratamento. [...] O antigo internamento era praticado frequentemente fora das formas jurídicas normais; mas ele imitava os castigos dos condenados, usando as mesmas prisões, as mesmas celas, as mesmas sevícias físicas^(35:544).

Desde o século XVIII, a medicina discutia os efeitos das bebidas alcoólicas no corpo e tentava decifrar as ações fisiológicas das *espirituosas*. A preocupação médica com o hábito do uso de bebida alcoólica ocorreu durante o século XIX, quando beber se tornou um mau comportamento associado a desordens e delitos praticados por operários¹⁹⁽³⁵⁾.

Na metade do século XIX, associou-se à alienação mental o conceito de degeneração⁽³⁷⁾. A teoria da degenerescência, formulada por Morel, apresentou o potencial hereditário das alienações mentais, contribuindo não somente para a nosografia, mas também para etiologia da doença. A intoxicação pelo álcool era um exemplo do potencial de transmissibilidade geracional dos vícios. Em 1849, o alcoolismo passou a ser classificado como doença, circunscrito nas doenças da mente como a “loucura alcoólica”⁽³⁸⁾. A história do uso de drogas como doença, que teve o alcoolismo como seu primeiro representante, se construiu a partir do ataque à norma moral.

Como resultado da associação entre a alienação mental e a teoria da degeneração, foi definido o conceito de dipsomania, referente à perda do controle do

¹⁹ Para se tornar objeto de intervenção psiquiátrica, o vício ao álcool deveria comprometer a própria riqueza, a riqueza da família e deveria se apresentar por comportamentos que envergonhassem a tradição, ou seja, deveria transgredir as regras⁽³⁶⁾.

indivíduo sobre a própria vontade, o que tornaria o indivíduo capaz de cometer atos criminosos e moralmente condenáveis para satisfazer sua necessidade de consumir a bebida alcoólica⁽³⁸⁾. Assim sendo, o controle e a disciplina se justificariam nas ações terapêuticas e a virtude moral da temperança se consolidou nas sociedades com embasamento médico.

No final do século XIX surgiu a definição de toxicomania, descrita também como degenerescência, imoralidade e mais fortemente como uma paixão. A psicanálise, que se construiu também nesse período, contribuiu para validar a psicopatologização da toxicomania, circunscrevendo-a na teoria da sexualidade como uma paixão tóxica⁽³⁹⁾.

Considerado como um degenerado, logo como alguém atingido em suas faculdades superiores, particularmente morais, o toxicômano, nestes anos 1871-1898, cai sob o golpe destes tipos de julgamento: é um "viciado", ou um "perverso". [...] com efeito, se é desagradável, para o mundo médico muito afetado por esta paixão, tomar para si tais qualificativos, por outro lado isto agrada àqueles que querem controlar o que alteraria as forças vivas da nação (trabalhadores, soldados, funcionários coloniais). Aqui o ideólogo toma a frente do terapeuta^(39:39).

A combinação entre alienação e degenerescência apresentou também uma nova roupagem ao tratamento moral da Psiquiatria. Passou a assumir um caráter universal, a moralização social por meio da higiene moral⁽³⁶⁾. A Psiquiatria ampliou sua capacidade de agir de forma individualizada e defensiva e passou a oferecer ações profiláticas preservadoras de uma possível contaminação moral por meio da predisposição genética. Esse movimento sustentou os discursos sociais e políticos de cunho higienista, eugenista e racista, que ainda hoje subsistem em ações de saúde expressas no combate às drogas⁽³⁷⁾.

O grupo de alienados mentais e o grupo dos criminosos e delinquentes se confluíam na marginalidade, e o espaço social se tornou campo para intervenções psicologizantes⁽³⁶⁾. Segundo Birman, esse conjunto de pessoas à margem da sociedade, fragilizado moralmente devido à ausência de regras morais, encontra na pobreza sua paridade:

Não marcados pelas regras, o sujeito tornava-se moralmente frágil, sendo esta a essência da anormalidade. Os indigentes, contingente da anormalidade moral, seriam seres que mostravam as suas paixões descontroladas. Não teriam os freios da humanidade, porque a eles nunca se mostrou a "superioridade da virtude". [...] Os indigentes chegariam assim a formar uma "raça moral", que se perpetuaria na marginalidade social e na fragilidade moral, pelo processo pedagógico que os pais passavam para os filhos, que se estendia de geração a geração^(36:350).

Na segunda metade do século XX, as críticas ao modelo clássico de Psiquiatria, as novas descobertas no campo científico, a introdução dos medicamentos psiquiátricos, as denúncias de abusos e violações de direitos, principalmente aqueles ocorridos durante regimes totalitários como parte do sistema de controle político, impulsionaram novos modelos de cuidado aos enquadrados como desviantes à moral vigente. Movimentos como a antipsiquiatria de Michel Foucault²⁰ e a desinstitucionalização de Basaglia²¹ foram referências em propostas de Reformas Psiquiátricas em todo o mundo, que se alinham na percepção do hospital psiquiátrico enquanto um mal social a ser enfrentado. Surgiram também outros modelos, que se fundamentam também em críticas ao modelo clássico de Pinel. No entanto, apresentaram-se como novas formas de controle disciplinar, pois redimensionaram as instituições psiquiátricas e inovaram sua vocação terapêutica, como a psiquiatria preventiva norte-americana de Gerard Caplan²² e a psiquiatria de setor francesa de Lucien Bonnafé²³⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Foi também na segunda metade do século XX que o saber médico psiquiátrico se concentrou no discurso biológico e na linguagem bioquímica, pois, apoiado pelas descobertas do funcionamento do cérebro, conferiu a cientificidade necessária para as explicações das doenças do psiquismo. A classificação das condutas morais pela Psiquiatria Clássica, marcadas pelas características de degenerescência e hereditariedade, foi absorvida pela classificação diagnóstica da Psicofarmacologia e das Neurociências⁽⁴³⁾. A Classificação Internacional de Doenças – CID -, que passou a ser assumida pela OMS em 1948, e o Manual Diagnóstico e

²⁰ Michel Foucault, Erving Goffman, Gilles Deleuze, Félix Guattari são as principais referências da antipsiquiatria, que nasceu em 1960, a partir de críticas do poder e do papel da psiquiatria na sociedade. A antipsiquiatria baseava predominantemente no questionamento às deficiências assistenciais dos asilos manicômios, os mecanismos disciplinares e violentos de controle social.

²¹ A desinstitucionalização faz parte da proposta de psiquiatria democrática italiana, inspirada pela luta sócio-política do psiquiatra italiano Franco Basaglia. Esse movimento aborda a expropriação dos direitos dos doentes mentais e a necessidade de resgate do conceito cidadania, recusa o processo de objetificação da loucura e renuncia os mandatos teóricos e práticos da psiquiatria clássica.

²² A Psiquiatria Preventiva ou comunitária surgiu em 1950, nos Estados Unidos, e tinha o objetivo mapear comportamentos e responsabilizar todos os envolvidos, numa perspectiva de Saúde Mental, na qual o foco seria na saúde e não na doença. A proposta dessa psiquiatria se fundamentava na implementação de uma política de Saúde Mental preocupada com gastos com o modelo hospitalar, que com o passar do tempo, não se mostrou bem-sucedida nesse aspecto.

²³ A psiquiatria de setor, proposta por psiquiatras franceses progressistas, inspirados pelas “comunidades terapêuticas” da Inglaterra, baseia-se na luta pela transformação dos manicômios por meio do fim da segregação e do isolamento social. Essa proposta permite a terapêutica pelo processo de internação, no entanto a defende com a permissão do convívio social. Essa proposta também se mostrou falha, por reproduzir, por meio de outros mecanismos, os mesmos controles disciplinares.

Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – criado pela Associação Psiquiátrica Americana ao longo da década de 60, se tornaram os instrumentos especializados de classificação dos transtornos mentais, nos quais foram incluídos os transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias.

Em meados da década de 60, após a primeira Convenção Única sobre Entorpecentes, a OMS²⁴ iniciou a publicação de diversos estudos sobre efeitos de drogas e gradativamente cresceu o interesse por pesquisas clínicas no campo das substâncias químicas e da psiquiatria farmacológica⁽²⁵⁾. O discurso de repressão às drogas sempre teve a influência de representantes das classes médicas, farmacêuticas, fabricantes e comerciantes de drogas⁽²⁵⁾. Participar da classificação dos danos do uso de drogas e de seus efeitos das substâncias, por meio do discurso limitado da psiquiatria, balizados por interesses de mercado, não se diferenciou, não amenizou, sequer se mostrou mais humano do que o discurso proibicionista.

Nas últimas décadas, foram desenvolvidos muitos medicamentos psiquiátricos que participaram dos jogos de interesse da indústria farmacêutica²⁵. Birman explica que a psiquiatria pós-moderna, biológica e bioquímica, impôs um estilo de sujeito e um ideal de valores próprios, marcados por uma sociedade narcísica, do consumo e do espetáculo, que enxerga na indústria farmacêutica e no mercado das drogas um processo de produção de doenças extremamente valiosa:

[...] para os ferrados, que não conseguem dizer “cheguei”, de peito inflado, a fórmula mágica é a alquimia, para mudar a circulação dos humores. É preciso dar uma pancada química na bÍlis negra, nos dizem os novos especialistas da alma sofrente. Por este meio seria possível, acreditam aqueles, retirar as individualidades do cenário dark e inseri-las na cena colorida da representação e do espetáculo. [...] Pelo hino cientificista, as toxicomanias são as prima Donna desta ópera burlesca, seja pelos psicofármacos supostamente medicamentosos, seja pelas ditas drogas pesadas, a química dos humores pretende instituir o élan exaltado e fascinante nos pobres coitados que não conseguem alçar o vôo e serem “bons” cidadãos da sociedade do espetáculo⁽⁴³⁾.

²⁴ A Organização Mundial de Saúde é responsável por conduzir a avaliação médica e científica das substâncias e por referenciar as ações de saúde públicas que envolvem o abuso de drogas. Ela conta com um comitê de especialistas em dependência que avalia as propriedades de determinada droga e seus potenciais danos à saúde. Se julgar necessário, a OMS pode recomendar o controle internacional de determinada substância à Comissão de Drogas Narcóticas (CND) que, em última instância, decide pelo controle ou não, após avaliações que consideram fatores econômicos, sociais, jurídicos e administrativos. World Health Organization. Substance abuse [internet]. [citado em 2016 jul. 01]. Disponível em: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en

²⁵ O Prozac é um exemplo de medicamento psiquiátrico, sucesso de vendas lançado no final dos anos 1980, que inaugurou uma nova geração de antidepressivos com efeitos colaterais mais amenos. Denominada a “pílula da felicidade”, o Prozac foi amplamente prescrito e atua no aumento do nível de serotonina, aliviando os sintomas da depressão⁽³⁾.

Foi na *Convenção Única sobre Entorpecentes* de 1961 que ocorreu o discurso confuso, e não por acaso, dos termos *uso* e *abuso de drogas*⁽²⁵⁾. A palavra *uso*, quando referida à permissão, é sempre acompanhada pela palavra *médico* (uso médico), e quando referida à proibição é acompanhada pelo termo *indevido* (uso indevido), omitindo o uso crônico de drogas legais e os efeitos a elas relacionadas. Já o termo *abuso* é sempre precedido pela advertência *perigo* (perigo de abuso) e sempre relacionado às drogas proibidas, sendo que não há qualquer menção ao uso esporádico e sem efeitos nocivos à saúde²⁶.

A Classificação Internacional de Doenças – CID10 – diferencia os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas em tipos, sendo que se destacam três deles: a intoxicação aguda, o abuso ou uso nocivo e a síndrome de dependência⁽⁴⁵⁾. O abuso ou o uso nocivo à saúde é definido como o *modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde*. O dano é definido pelo seu caráter físico (como no caso da transmissão da hepatite C ou do vírus HIV a partir da administração de drogas injetáveis) ou pelo seu caráter mental (por exemplo, episódios depressivos secundários após consumo elevado de álcool).

O estado consequente ao uso de uma droga por si só, caracterizado por alterações da consciência, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas, que desaparecem com o tempo e que estão diretamente relacionadas aos efeitos farmacológicos da substância consumida, é classificado como intoxicação aguda. Já a síndrome de dependência é definida por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de uma ou múltiplas substâncias psicoativas, e que geralmente está associado ao desejo de consumir a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente, à prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física⁽⁴⁵⁾.

²⁶ Berlinguer ilustra esta situação de distorções terminológicas, que em sua avaliação trata-se de distorções morais, ao se referir às definições comumente utilizadas em estatísticas sobre os conceitos de aborto espontâneo (sem intervenção humana deliberada) em contraste com aborto provocado (determinado voluntariamente). O sanitarista explica que frequentemente é catalogado como aborto espontâneo aquele que não é provocado intencionalmente, no entanto, são catalogados também nessa terminologia, os abortos causados por ações nocivas como consequência de incidentes ou violências, fatores ambientais ou do trabalho, de doenças passíveis de prevenção ou condições estressantes da mãe na gravidez. Para Berlinguer, as omissões conceituais e práticas que advêm do uso absoluto, extensivo e impróprio de expressões levam à resignação e inevitabilidade do fenômeno^(1:73).

Percebe-se que a avaliação do modo de consumo de uma substância prejudicial à saúde, que define uso nocivo ou abusivo, é carregada por definições subjetivas, essencialmente morais, e é dado ao médico o poder diagnóstico. O discurso do *cuidar* pelo saber médico sempre foi hipócrita, seja pelo discurso de tratamento moral por Pinel, na Psiquiatria Clássica, seja na participação e no interesse de controle das substâncias e no tratamento medicamentoso pela Psiquiatria Pós-Moderna.

A descoberta das drogas pela medicina, com destaque para a morfina em 1817 e para a cocaína em 1859, só foi possível por meio da condição de poder legítimo aos médicos de usar as drogas em nome de uma verdade científica. “Após a invenção da seringa, a morfina passou a ser a panacéia dos médicos entre as décadas de 60 e 70 do século XIX”^(25:78). Assim, os médicos se tornaram os principais usuários e dependentes de seu próprio objeto de pesquisa.

Em uma de suas correspondências, Freud confessou que a prescrição da cocaína o fez, pela primeira vez, sentir-se um médico, no entanto, considerou seus estudos sobre a cocaína um fracasso total⁽⁴⁶⁾. Apesar de todo rigor científico utilizado, a falha em qualificar a ação da cocaína, devido às variações individuais associadas ao estado de excitabilidade e de bem-estar, foi o motivo de avaliação negativa de seus estudos. Além disso, seu amigo de laboratório, também médico, morreu vítima da dependência de morfina e cocaína. Freud prescreveu cocaína ao amigo no intuito de livrá-lo da morfina: “Havia sido o primeiro a recomendar o emprego de cocaína, em 1885, e essa recomendação trouxera sérias reprovações contra mim. O uso indevido daquela droga apressara a morte de um caro amigo meu”^(46:198).

Alguns anos após a interrupção dos estudos de Freud sobre a cocaína, em 1926, um comitê governamental do Reino Unido, presidido por Humphry Rolleston, publicou um relatório legitimando e aconselhando a prática médica de prescrever opiáceos, em quantidades não progressivas, a dependentes como forma de tratamento frente aos riscos da síndrome de abstinência⁽⁴⁷⁾. O *Relatório Rolleston* é um marco na história da construção dos princípios que fundamentaram, nas últimas décadas, a Redução de Danos, égide conceitual utilizada para amparar programas e iniciativas que visam reduzir danos e riscos relacionados às drogas⁽⁴⁸⁾.

A Redução de Danos somente foi impulsionada e legitimada, como estratégia de política pública, após a detecção de novos desafios no campo da saúde pública

representados pela aids e as hepatites virais, principalmente aos usuários de drogas injetáveis (UDI) que compartilhavam seringas e aumentavam a transmissibilidade dos vírus pela corrente sanguínea⁽⁴⁸⁾.

Em 1987, o pesquisador inglês Russel Newcombe anunciou a “*high time for harm-reduction*”. Para o médico, havia chegado o momento da estratégia de Redução de Danos se consolidar e se fortalecer⁽⁴⁹⁾. A preferência pela promoção de práticas mais seguras de consumo de droga, ao invés de reduzir o consumo de drogas, se demonstrava politicamente contrária à estratégia norte-americana do “*Just say no*”, campanha liderada pela primeira dama dos EUA Nancy Regan²⁷, símbolo dos primeiros programas de prevenção ao abuso de drogas⁽⁴⁹⁾.

No entanto, o Conselho Consultivo sobre o Uso indevido de Drogas do governo britânico determinou que “a ameaça à saúde pública e individual representada pelo HIV e Aids era muito maior do que a ameaça representada pelo uso indevido de drogas”. Portanto, uma hierarquia de metas repressivas deveria ser seguida: reduzir os equipamentos voltados ao compartilhamento de drogas, reduzir o uso de drogas, reduzir o uso de drogas prescritas e aumentar a abstinência de todas as drogas⁽⁴⁹⁾.

A escolha pelo enfrentamento à epidemia da aids, em nome da Saúde Pública, gerou óbvia tensão entre a essência da Redução de Danos e as medidas repressoras destinadas à redução do uso de drogas. Bastos afirma que a despeito da respeitabilidade e coerência do Relatório Rolleston, “o ‘modelo britânico’ perdeu, gradualmente, força em todo o mundo, e mesmo no Reino Unido, especialmente sob influência do Thatcherismo (1979- 1990) e da vertente local da ‘Guerra às Drogas’ capitaneada pelo governo norte-americano”^(50:9).

Embora hoje haja reconhecimento de sucesso para Saúde Pública, a Redução de Danos sempre sofreu severa resistência devido ao Proibicionismo, que sempre a compreendeu como contraproducente, pois a tolerância ao uso, mesmo que implicitamente, é encarada como forma de incitar o uso. O foco à aids

²⁷ A campanha baseava-se num clipe onde a primeira-dama respondia a uma estudante que não sabia o que dizer caso alguém lhe oferecesse drogas. A resposta de Nancy Reagan, conhecida como o mantra de três palavras *Just say no*, foi o mote da primeira geração de programas de prevenção ao abuso de drogas, mais amplamente conhecida como *Drug Abuse Resistance Education* – DARE - criado em 1983. O programa, liderado pelo Departamento de Polícia Americano, encaminhava policiais uniformizados às escolas para alertar sobre os perigos de uso de drogas e ressaltar as vantagens de uma vida livre das drogas. No Brasil, o programa foi adaptado em 1992, denominado PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas – e ainda hoje é atuante em todo o Brasil. [citado em 2016 abr. 13]. Disponível em: www.proerdbrasil.com.br

proporcionou a legitimidade da Redução de Danos, mesmo que limitada à prevenção do HIV, apresentou resultados positivos para o enfrentamento da epidemia e também na luta contra a hepatite C, apesar de negligenciada em comparação à Aids⁽⁴⁸⁾.

Muitos médicos defensores da Redução de Danos aceitaram ou se contentaram com a opção de estarem ao lado da luta contra a Aids. Afinal de contas, o “dinheiro da aids” certamente faria brilhar os olhos de qualquer pesquisador que trabalhava com a temática das drogas. Numa avaliação compassiva, considerando o caminho que a *Guerra às Drogas* traçava, já com um rol de substâncias controladas bem ampliado, talvez sucumbir à aids fosse a única opção de sobrevivência da Redução de Danos como estratégia de saúde pública. No entanto, essa legitimidade estratégica limitou o conceito da Redução de Danos a técnicas exclusivas aos riscos e danos associados aos usuários de drogas injetáveis, como os Programas de Troca de Seringas e a Terapia de Substituição de Opiáceos⁽⁴⁸⁾.

Outro fato importante da história é que a Redução de Danos na esfera da Saúde Pública só foi possível por meio da ação dos movimentos sociais, que tentou em certa medida ampliar o conceito, tendo como principais características o usuário no centro das discussões, e os direitos humanos como um dos principais guias de defesa. Conforme Bastos:

A passagem das ações de organização da sociedade civil para a esfera do poder público, inicialmente implementadas como iniciativas locais, e, apenas bem depois, para ações implementadas por parte dos governos nacionais, como parte da sua agenda regular de ações em saúde e suporte social não se deu sem atritos e a superação de barreiras e desconfianças mútuas entre os usuários e as autoridades de saúde/governos. A reconstrução linear, sem fissuras aparentes, dessas ações, habitualmente feita a posteriori é bastante injusta e simplista em relação às ações não apenas de usuários como da maioria dos movimentos reivindicatórios da comunidade gay. Aos olhos dos leitores de hoje, é como se, de repente, os governos tivessem despertado da sua letargia e inércia de décadas, e implementado políticas em tudo opostas às anteriores, inteiramente centradas nas ações de repressão, como num passe de mágica ou numa iluminação mística. A história real é bastante distinta, como bem documentado por inúmeros artigos e livros, inclusive brasileiros^(50:15).

Considero que a Redução de Danos esteja ainda em desenvolvimento e o Proibicionismo a impede de avançarem sua essência, devido à tensão óbvia de paradigmas e, porque não dizer, de concepções éticas e morais. Defendo que a Redução de Danos seja a única alavanca para se cogitar uma possível reforma de políticas sobre drogas e fomentar uma nova concepção moral sobre drogas. No

entanto, não uma Redução de Danos acanhada, que se esconde atrás da imponente preocupação com doenças sexualmente transmissíveis, mas uma estratégia corajosa, que se sustenta numa concepção de uso, que se impõe como um direito.

Alguns autores afirmam que a Redução de Danos está em crise e sofre uma constante ameaça de ser substituída irreversivelmente pela abstinência, prática médica ideal, conforme o Proibicionismo⁽⁴⁸⁾. Bastos e Veloso Filho afirmam que as propostas renovadas de Redução de Danos estarão longe de ser simples ou diretas e provavelmente enfrentarão forte resistência. Os resultados de qualquer nova proposta ou reformulação

deverão ser vistos no contexto de políticas confusas e contraditórias, como confisco de equipamentos, assédio policial, programas insuficientemente financiados e críticas pesadas por órgãos legislativos, bem como por Administrações locais e regionais⁽⁵⁰⁾.

Atualmente, a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) compreende como princípio da Redução de Danos seu forte compromisso com a saúde pública e os direitos humanos e define a estratégia como um *conjunto de políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo*²⁸.

O compromisso da Redução de Danos, conforme a Associação Internacional, é com a saúde pública e com os direitos humanos²⁹. No entanto, se comprometer com a Saúde Pública, oferecendo técnicas efetivas à redução dos danos, e se comprometer com os Direitos Humanos, na garantia de direitos e na avaliação das consequências das políticas repressoras sobre as drogas, não tem sido uma tarefa muito fácil. Essa constatação está no relatório do UNAIDS, programa da ONU sobre HIV/aids, lançado em 2016: “Não cause danos: saúde, direitos humanos e pessoas

²⁸ A Associação Internacional de Redução de Danos é uma organização não-governamental, com status consultivo especial junto ao Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, que compreende a Redução de Danos como um forte compromisso entre Saúde Pública e Direitos Humanos. [citado em 2016 jan. 01]. Disponível em: <https://www.hri.global>

²⁹ Conforme a Associação Internacional de Redução de Danos: Direitos Humanos se aplicam a qualquer pessoa. Pessoas que usam drogas não podem ter seus direitos humanos negados ou minimizados, incluindo o direito ao melhor padrão de atendimento de saúde possível, direito a serviços sociais, direito ao trabalho, aos benefícios dos avanços científicos, de gozar de liberdade além do direito de não ter prisão arbitrária, tratamento cruel ou desumano. Redução de Danos se opõe aos danos e mal tratos deliberados contra pessoas que usam drogas em nome do controle ou da prevenção de drogas; além disto promove soluções para os problemas de drogas respeitando e protegendo os direitos humanos fundamentais. [citado em: 2016 jul. 01]. Disponível em: <https://www.hri.global>

que usam drogas”. O UNAIDS declarou que muitos países fracassaram no casamento entre Saúde Pública e Direitos Humanos³⁰, tendo como resultado o aumento significativo de novas infecções nos últimos cinco anos em usuários de drogas injetáveis. Um dos motivos apontados são as políticas proibicionistas:

Os dados mostram que os países que implementaram abordagens focadas em direitos e em saúde reduziram as novas infecções por HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis. Em outros países, estratégias centradas na criminalização e na aplicação de leis agressivas criaram barreiras à redução de danos, obtendo pouco ou nenhum impacto. Encarcerar as pessoas pelo consumo e posse de drogas para uso pessoal também aumenta sua vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças infecciosas, como hepatites B e C e tuberculose, enquanto elas se encontram privadas de liberdade⁽⁵¹⁾.

Apesar dos esforços da Redução de Danos, como uma prática de resistência por atores sociais engajados e movimentos sociais organizados pelo enfrentamento da epidemia da Aids, o discurso moral do *cuidar* não conseguiu se desvincular do discurso do *proibir*. No Brasil, essa construção não foi diferente. Reproduzindo modelos norte-americanos, o país, apesar de apresentar suas particularidades, marca de sua característica antropofágica, seguiu a lógica do discurso moralizador e hipócrita às drogas. Uma tentativa de ensaio do caso brasileiro será apresentada a seguir.

1.3 As Políticas sobre Drogas no Brasil

1.3.1. A trajetória da Justiça

Em 1921, o Brasil estabeleceu a penalidade de prisão para aqueles que vendessem ópio, cocaína e seus derivados e criou estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias “venenosas”, demonstrando preocupação com a condição de dependência dos usuários considerados perigosos a si próprios, ao outro ou à ordem pública. O país previu também multa para aqueles que se apresentassem habitualmente em estado e embriaguez que causassem escândalo, desordem ou pusessem em risco a segurança própria ou alheia, e

³⁰ Nas palavras do diretor-executivo do UNAIDS, Michel Sidib é: "Políticas adotadas até agora claramente não estão nos levando a lugar nenhum". O relatório *Não cause danos: saúde, direitos humanos e pessoas que usam drogas*, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS – foi lançado em abril de 2016 [citado em 2016 jul. 01]. disponível em: www.unaids.org.br

penalidade de internação de três meses a um ano para aqueles que se embriagassem por hábito³¹.

Em 1964, o Brasil, em pleno governo ditatorial, promulgou a *Convenção Única sobre Entorpecentes*³². Em 1968, treze dias após o Ato Institucional nº5 (AI-5), em momento oportuno à redução das liberdades democráticas, regido pela Ideologia da Segurança Nacional e por um sistema penal autoritário, o uso e o tráfico de drogas foram equiparados. Luciana Boiteux afirma que, com o espírito repressor da Ditadura Militar, houve um rompimento com a visão clínica do usuário e da sua situação de dependência, o que tornou a legislação inoperante e inaplicável⁽²³⁾:

Atribui-se esse momento de mudança de orientação da política criminal de drogas no Brasil como mais um exagero do Regime Militar que, no auge da repressão política, preocupava-se com a oposição sistemática aos militantes de esquerda. Essa absurda legislação que equiparou o usuário ao traficante era mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas^(23:143).

Na década de 70, o país se alinhou ainda mais às orientações internacionais e previu medidas de prevenção e recuperação⁽²²⁾. Retomando o discurso médico-jurídico, foi imposto como “dever de toda pessoa colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica”. A internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico, por determinação judicial, foi a opção para recuperação dos *infratores viciados*. A medida de prevenção mais curiosa foi imposta aos diretores de estabelecimentos de ensino, sob pena de perda do cargo. Obrigatoriamente deveriam comunicar às autoridades sanitárias os casos de uso e tráfico no âmbito escolar. E como sanção ao aluno foi determinado o trancamento de matrícula do ano letivo, mostrando o rigor.

Em 1976, foi promulgada a Lei dos Tóxicos que, com poucas alterações, permaneceu em vigência por 30 anos. É considerada a lei que sacramentou a Guerra às Drogas no Brasil, nos moldes norte-americanos⁽²³⁾, pois manteve o caráter repressor, tendo a prisão como pena indispensável, com o requinte da limitação de

³¹ O Decreto nº 2.861, de 8 de julho de 1914 aprovou as medidas tendentes a impedir o abuso crescente do ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferência Internacional de Ópio, realizada em 1911, em Haia. A pena de prisão à venda de ópio, cocaína e derivados e a criação de estabelecimentos especiais para internação de intoxicados foram estabelecidas pelo Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921.

³² O Brasil ratificou a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 pelo Decreto nº54.216, de 27 de agosto de 1964.

defesa, conforme artigo 35º da referida lei: “O réu condenado por infração dos artigos 12 ou 13 desta Lei não poderá apelar sem recolher-se à prisão.”

O usuário foi diferenciado do traficante. No entanto, continuou timbrado como criminoso. Já o traficante brasileiro começou a tomar forma como inimigo supremo do Brasil⁽³¹⁾. O tratamento sob regime de internação hospitalar foi estabelecido como pena obrigatória dependendo do “quadro clínico ou da natureza das manifestações psicopatológicas”. O discurso médico da dependência como transtorno mental se reforçou com a previsão da inimputabilidade do dependente. Ademais, foi reconhecida a necessidade das redes de serviços de saúde contarem com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes⁽³¹⁾.

Um ano depois, em 1977, o país promulgou a *Convenção das Nações Unidas sobre Drogas Psicotrópicas* de 1971, referendando a internação compulsória como um tipo de sanção adequada, alternativa à condenação, tida como outra possível penalidade privativa de liberdade. Portanto, o Brasil, na segunda metade do século XX, conduziu uma política de repressão às drogas pautada em dois discursos: o *discurso médico-sanitário*, que firmou o estereótipo da dependência, e o *discurso político-jurídico*, que firmou o discurso da criminalidade. Segundo Salo de Carvalho, ambos os discursos deram forma a uma *Ideologia de Diferenciação* entre o consumidor-doente e traficante-delinquente, aderida não só pelo Brasil, mas por toda a América Latina⁽³¹⁾.

O Brasil, já no contexto do Estado Democrático de Direito, durante a década de 90, viveu um crescente sentimento de medo e insegurança devido a alta incidência de crimes e violência, constantemente divulgada pela mídia que se especializava no debate e na pressão pública⁽⁵²⁾. As demandas por segurança pública exigiam rápida intervenção governamental, que amargava a crise do sistema de justiça criminal e sofria com um modelo de segurança pública envelhecido. Agentes e agências encarregadas de implementar “lei e ordem” ainda viviam sob influência do regime autoritário anterior e resistiam a mudanças na estrutura burocrática⁽⁵²⁾. Assim, o controle sobre o crime organizado, as atividades do narcotráfico, suas conexões com as rotas internacionais e com os centros de produção e de distribuição de drogas foram partes substanciais do plano de governo a época.

Em 1991, o Brasil aderiu à terceira e última convenção das Nações Unidas, agora contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas, de

1988³³, que enlaçou fortemente as políticas de drogas brasileiras à problemática do crime organizado. Alguns anos mais tarde, cumprindo os pressupostos da convenção internacional, o Brasil criou a *Lei dos crimes Hediondos*, com a tipificação do tráfico ilícito de entorpecentes e drogas e a *Lei do Crime Organizado*. Segundo Boiteux, com o processo de redemocratização, paradoxalmente há um movimento de endurecimento do sistema penal e a política sobre drogas:

Essa estratégia penal repressiva influenciou a incipiente democracia na elaboração de suas leis penais, e deve ser estudada juntamente com o controle penal das drogas, pois constitui o fundamento ideológico do aumento do controle penal a partir da década de 90, em especial sobre pessoas acusadas de tráfico de drogas⁽⁵²⁾.

Salo de Carvalho diz que, com a publicação da Lei dos Crimes Hediondos, o Brasil aderiu ao *populismo punitivo* e ingressou no cenário internacional do encarceramento em massa, principalmente com a ajuda do judiciário brasileiro que apelou para um reforço político-criminal, aumentando o tempo médio das penas e da severidade das condenações⁽³¹⁾. Atualmente, o Brasil tem a quarta maior população prisional, tendo em 2014 um número de pessoas privadas de liberdade seis vezes maior do que 1990⁽⁵⁴⁾.

Apesar do endurecimento das penas, representado principalmente pelo tráfico como crime hediondo, foi também durante a década de 90 que o Brasil viveu uma tentativa de *movimento despenalizador*, fruto da preocupação com um sistema penitenciário de alto custo, superlotado e com características degradantes, que acabou resvalando nas penas relacionadas aos usuários de drogas⁽²³⁾. Em 1995, o uso de drogas entrou no rol dos crimes praticados sem violência, delitos de menor potencialidade ofensiva, possibilitando a suspensão do processo nos casos de não reincidência e viabilizando penas alternativas à prisão.

Especialistas do direito afirmam que a criação da Lei de Medidas Alternativas beneficiou somente a parcela da população que já não era presa, ou seja, a camada mais favorecida da sociedade, e em nada mudou o cenário prisional do país⁽²³⁾. Somente em 2005, após entendimento do Supremo Tribunal Federal, a pena de tráfico pôde ser substituída por penas alternativas.

Na passagem para o século XXI, o Brasil começou a anunciar seu compromisso com a questão dos direitos humanos e ratificou diversos acordos e

³³ A Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 foi promulgada no Brasil pelo Decreto Presidencial nº 154, de 26 de junho de 1991.

convenções internacionais firmados há décadas, entre eles o *Protocolo de São Salvador, Protocolo sobre todas as formas de discriminação contra mulher* e o *Protocolo contra o racismo e discriminação racial – Convenção sobre a eliminação das formas de Discriminação Racial*. A inserção do país na agenda internacional de direitos humanos tinha por objetivo alterar sua imagem no cenário político externo⁽⁵²⁾. Foi verificado maior investimento de recursos governamentais com a criação de comissões e conselhos de cidadania, avanço da parceria do governo com a Sociedade Civil, além da formulação de políticas afirmativas voltadas para proteção de direitos de populações vulneráveis⁽⁵²⁾.

No campo das drogas não foi diferente. A preocupação com os direitos humanos dos presos repercutia na avaliação das políticas sobre drogas no país. O novo século se iniciou com a regulamentação do Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD – criado pela lei dos Tóxicos de 1976, que tinha como partes integrantes o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD – como órgão normativo e deliberação coletiva, vinculado ao Gabinete da Presidência da República, e a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD – órgão executivo das atividades de repressão.

Em 2002, foi criada a primeira política oficial do país sobre drogas, a *Política Nacional Antidrogas*– PNAD (Decreto nº4.345/2002), em consideração à XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas de 1998 – UNGASS, na qual o Brasil participou para tratar o *Problema Mundial das Drogas*. O texto da política traz como seu primeiro pressuposto básico a busca, incessante, para atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Outro pressuposto básico era o desenvolvimento de estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública, visando o apoio de outros órgãos governamentais.

Foi na PNAD de 2002 que pela primeira vez o país reconheceu a estratégia de Redução de Danos sociais e à saúde como intervenção preventiva, que deveria ser incluída entre as medidas a serem adotadas. No entanto, não poderia representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da oferta e da demanda, ou seja, já era explícito o conflito entre Proibicionismo e Redução de Danos.

Com mudança de governo, em 2003 o país percebeu como necessária uma atualização e realinhamento da política sobre drogas, tendo em vista algumas tendências internacionais, apontando para um novo posicionamento na agenda

nacional sobre drogas, com a necessidade de integração de políticas públicas setoriais, descentralização das ações em nível municipal e estreitamento com a sociedade e a comunidade⁽¹⁶⁾. Em 2005, a PNAD foi reavaliada e atualizada e tornou-se a Política Nacional sobre Drogas. A retirada do prefixo “anti” já revelou, ainda que timidamente, uma nova intencionalidade de redirecionamento.

Em 23 de agosto de 2006 foi publicada a nova e atual lei de Drogas, a lei nº 11.343, atualizando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta. No entanto, sustenta um cenário jurídico trágico no Brasil, que mantém ou até piora a lógica da lei anterior^(31,32). A Nova Lei de Drogas reforçou a *Ideologia da Diferenciação*, tendo como centro de suas dificuldades e críticas a definição de critérios que definem os dois modelos de conduta penalizáveis, o uso pessoal e o tráfico⁽³¹⁾. Sem qualquer pretensão de uma análise técnica rigorosa, mas tomando como base análises de impacto da lei, o que aconteceu a partir desta nova legislação foi um desproporcional endurecimento do tratamento penal ao traficante e uma simbólica impossibilidade de usuários serem presos, mesmo o mantendo na esfera de controle penal⁽⁵³⁾.

A lei prevê, tanto para o consumo pessoal quanto para o tráfico, as condutas “adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo drogas”. Todavia, os efeitos legais, como dito anteriormente, são desproporcionais, sendo respectivamente pena alternativa para o uso e reclusão de 5 a 15 anos para o tráfico. Segundo o segundo parágrafo do artigo 28^a da lei, é o juiz quem deve atender à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

A lei sobre drogas no Brasil se mostra ambígua e vaga, delegando ao juiz a qualificação da conduta. O resultado disto é o tráfico como o segundo ato infracional que mais aprisiona no país, com perfil de uma população encarcerada selecionada: jovens, negros e pobres⁽⁵⁵⁾. Essa realidade confirma o posicionamento racista-colonialista adotado pelo Brasil em sua estrutura jurídica, com “práticas extremamente autoritárias, marcadas nitidamente pelo racismo”^(32:626), no qual cabe à ação do juiz ou da polícia o tipo de crime praticado.

Os espaços de ambiguidade são tão grandes que é evidente perceber como a espécie de imputação será definida pelas metarregras que compõem os quadros mentais dos agentes do sistema punitivo, ou seja, pela pré-compreensão e pela representação que os intérpretes-atores (policial, promotor ou juiz) têm sobre quem é o traficante e quem é o usuário de drogas. Na hipótese, é muito provável que a “cor da pele” não seja um critério de definição da conduta que aparecerá como elemento fático de fundamentação da decisão. Mas, com muita frequência, pela experiência acadêmica e profissional na análise do funcionamento do sistema punitivo, nota-se como, na maioria das vezes, a “cor” do “suspeito” é encoberta ou mascarada por outros standards decisoriais (atitude suspeita, presença em área de tráfico, antecedentes criminais) que definirão o sujeito como “traficante” ou “usuário”^(32:633).

Ademais, é importante também ressaltar outro grupo vulnerável à *seletividade criminalizante da repressão às drogas*: as mulheres, em sua grande maioria, também negras e pobres. Proporcionalmente, o Brasil aprisiona mais mulheres do que homens, sendo o tráfico de drogas o mais representativo delito praticado^(32,56). A participação feminina no tráfico de drogas é apontada por Camargo Cortina como um efeito de uma *feminização da pobreza*. A condição da mulher sendo determinante na escolha pelo tráfico devido às dificuldades em sustentar os filhos, à responsabilidade pela renda de família monoparentais, à baixa escolaridade e à falta de inserção no mercado de trabalho lícito e formal⁽⁵⁶⁾.

Para agravar a problemática das drogas no Brasil, na segunda década do século XXI, o país foi assombrado por uma engendradora epidemia de crack, caracterizada por um forte apelo midiático e por uma preocupação governamental que implementou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, que posteriormente foi alterado pelo *Programa Crack: é possível vencer* – Decreto Presidencial nº 7637, de 08 de dezembro de 2011. O programa, orientado a partir de três eixos centrais - o eixo prevenção, o eixo cuidado e o eixo autoridade– com responsabilidade interministerial, sob coordenação do Ministério da Justiça, desenhou uma política pública com forte viés proibicionista. Além disso, explicitou as incompatibilidades e fragilidades existentes nas metas previstas pelo Ministério da Saúde, que previa a Redução de Danos, o respeito e a autonomia e considerava os diferentes contextos de vulnerabilidades⁽⁵⁷⁾.

Apesar das contradições dos programas governamentais, nos últimos anos o Brasil mostrou alguns passos de avanço no sentido de uma interpretação mais flexível dos tratados internacionais. Em setembro de 2015 foi iniciado o julgamento pelo Supremo Tribunal Federal sobre a inconstitucionalidade presente na lei de

drogas, e a possibilidade de descriminalização do usuário de drogas, opção já reconhecida nas convenções e realidade em vários países como Uruguai, Espanha, Itália, Argentina e Colômbia⁽³⁰⁾.

Em 2016, após o Brasil ter vivido o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, com características de golpe ao Estado Democrático de Direito, o país começou a sofrer retrocessos principalmente em sua política sobre drogas. Estão no comando dos setores estratégicos governantes que apoiam projetos de lei que aumentam a pena para tráfico e instituem a centralidade terapêutica da internação compulsória de dependentes. Por ironia do destino, o ano de 2017 amanheceu com o massacre dos presídios, peça representativa do Proibicionismo brasileiro.

1.3.2. A trajetória da Saúde Pública

As drogas como um problema de saúde no Brasil se apresentam desde as primeiras legislações repressivas, alinhadas às convenções internacionais. Em 1921, foram regulamentados os “sanatórios para toxicômanos” como estabelecimentos especiais para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas³⁴. Era prevista a internação compulsória dos condenados em instituições médicas-judiciárias, devido à *moléstia mental*, resultado do abuso de bebida ou substância inebriante ou entorpecente. A internação poderia ter também caráter voluntário, solicitada pela pessoa ou pela sua família, a fim de “evitar a prática de atos criminosos ou a completa perda moral.”

A partir da década 70, a ordem médico-psiquiátrica brasileira toma mais espaço na construção das leis, o que é verificado no discurso do usuário como doente⁽⁵⁸⁾. A primeira lei dos Tóxicos, em 1976, já previa a necessidade de criar mais estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes e determinava a competência do Ministério da Saúde em instruir sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes. O tratamento sob regime de internação hospitalar era obrigatório

³⁴ A regulamentação dos sanatórios para toxicômanos foi prevista e regulamentada pelos Decreto nº 4.294 de 6 de julho de 1921 e Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921, respectivamente. As substâncias venenosas eram consideradas todas aquelas com qualidade entorpecente, como o ópio e seus derivados e a cocaína e seus derivados.

quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigissem.

No capítulo sobre tratamento e recuperação da referida lei, havia a ordem dada aos estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, para que recebessem dependentes para tratamento, além de exigir o encaminhamento de mapa estatístico dos casos atendidos com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde.

Parte da assistência psiquiátrica era prestada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde que atendiam basicamente a população indigente e uma rede formada por grandes hospitais, com características asilares, manicomiais e predominava seu estatuto jurídico institucional⁽⁴⁰⁾. Já o Ministério da Previdência e Assistência Social assistia aos previdenciários, e a assistência se estruturava na compra de serviços da rede privada, já inspirada no modelo de psiquiatria comunitária norte-americana de desinstitucionalização, compostas por serviços “extra-hospitalares” ou ambulatoriais. A realidade da Psiquiatria no Brasil durante o período ditatorial era de um aumento crescente de internações desnecessárias devido à lógica privatizante, e de características de permanência hospitalar longa: “as pessoas entravam num hospital psiquiátrico sem a certeza de um dia sair”⁽⁴⁰⁾.

A partir do final dos anos 70, surgiu o *Movimento da Reforma Psiquiátrica* que consistia basicamente em denunciar as práticas do modelo asilar de assistência psiquiátrica (carência de recursos materiais e humanos, maus tratos, violências, tempos de internação aumentados, proibição de visitas), as distorções privatistas (aumento de internação em leitos psiquiátricos extra-hospitalares), e conclamar a participação da sociedade civil nas políticas públicas, emergindo a consagrada *Luta Antimanicomial*.

O caráter político da Reforma Psiquiátrica na defesa da saúde como um direito público contribuiu para o curso da Reforma Sanitária Brasileira durante o processo de redemocratização do país. Com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, a partir da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e democrático, com a garantia da participação social na formulação das políticas. A Reforma Psiquiátrica integrou e atuou na Reforma Sanitária Brasileira, que se constitui ainda como processos em desenvolvimento^(59,60).

Antes da publicação da Constituição de 1988, o Brasil já havia assumido sua política proibicionista às drogas. No entanto, já era expressivo o descontentamento com a psiquiatria brasileira, que ficou estampado no movimento de Reforma Psiquiátrica: a estratégia de desinstitucionalização, numa perspectiva de democratização da saúde pública, veio com inspiração europeia de questionamento da própria prática médica^(37,60).

Na década de 80, houve uma preocupação em ampliar as ações governamentais para além da repressão e foram incentivadas estratégias que envolvessem práticas de prevenção, de tratamento e pesquisa, principalmente pelo Conselho Federal de Entorpecentes do Ministério da Justiça - Cofen⁽⁵⁸⁾. Foi impulsionada a criação de centros de referência em prevenção, tratamento e pesquisa ligados principalmente às universidades públicas, que produziram cientificamente e influenciaram as políticas públicas de saúde na questão das drogas. Destaca-se a criação do Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB), o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas e Psicotrópicas (Cebrid) da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Durante a passagem dos anos 80 para os anos 90, o Brasil se deparou com a epidemia de infecção pelo vírus HIV e da Aids, uma enfermidade que logo se apresentou em grade magnitude, com indicadores epidemiologias alarmantes, mas que respondeu relativamente rápido, principalmente devido às contribuições da Reforma Sanitária Brasileira⁽⁶¹⁾. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, em conjunto com o ativismo dos movimentos sociais em defesa de identidades e direitos, foram fundamentais para a definição de estratégias de controle da epidemia no país.

Marcada pela abordagem de populações de risco, a preocupação com a epidemia de aids deu visibilidade aos grupos vulneráveis. Os usuários de droga brasileiros, em especial os injetáveis, como em todo o mundo, passaram a ser um dos focos de atenção e cuidado. Os centros de referência em drogas voltaram seus estudos à prevenção da aids. Em 1989, houve em Santos a primeira tentativa municipal de consolidar um Programa de Troca de Seringas (PST), introduzindo no Brasil a prática da Redução de Danos. No entanto, a estratégia foi interrompida pelo Ministério Público, que enquadrou a prática como auxílio ou incentivo ao uso de

substâncias ilícitas, prevista na lei de 1976. Somente em 1994, o Confen apoiou o desenvolvimento de projetos de Redução de Danos, contrariando manifestas preocupações de outros órgãos governamentais e sociais⁽⁵⁸⁾.

Além do posicionamento do Confen, existia no âmbito federal o protagonismo da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde, que a partir de 1995 começou a financiar projetos de Redução de Danos em parcerias com Organizações da Sociedade Civil e centros universitários. As ações dos projetos tinham o enfoque prevencionista da Redução de Danos, voltado exclusivamente para redução dos riscos de transmissão do vírus HIV, unindo a troca de seringas e a oferta de preservativos a ações de maior representatividade⁽⁵⁸⁾.

Em 2002, a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) determinou ao Ministério da Saúde a regulamentação das ações que visassem à redução de danos sociais e à saúde³⁵. Levando em consideração as recomendações do relatório final do *Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Rede do SUS*, promovido pelo Ministério da Saúde, e as deliberações da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, ambos realizados em 2001, foi publicada em 2003 a *Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*⁽⁶¹⁾.

A política do Ministério da Saúde reconheceu sua reponsabilidade em assumir o consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico⁽⁶¹⁾. A política ministerial denunciou o atraso histórico da inserção da temática na agenda da saúde pública e nas ações e serviços que foram levadas predominantemente por organizações não governamentais:

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas⁽¹⁶⁾.

Cabe ressaltar que a política foi publicada sem ato normativo próprio (sem portaria), somente como uma publicação de Textos Básicos de Saúde (Série B) da Secretaria Executiva e a Coordenação Nacional de DST e Aids, o que sugere o

³⁵ O Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho e estabeleceu as diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde. Compunha o grupo de trabalho representantes da Secretaria Executiva do Gabinete do Ministro, a Coordenação Nacional DST/AIDS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria de Assistência à Saúde com as seguintes áreas técnicas: Saúde Mental, Saúde do Adolescente e do Jovem, Prevenção de Violência e Causas Externas, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica (Portaria 457/2002 GM/MS).

quanto o seu teor é marcado por um posicionamento político polêmico e um discurso antagônico. A política não só questiona os pressupostos da Política Nacional Antidrogas vigente (redução da oferta e da demanda), como oferece um modelo de assistência que não preconiza a abstinência como única via de saúde, dando maior destaque à lógica da Redução de Danos. Cabe ressaltar o segundo objetivo da política ministerial da saúde: “Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição”⁽¹⁶⁾.

A partir de 2003, o financiamento de projetos pela área de DST/AIDS sofreu considerável redução devido ao processo de descentralização das ações e dos recursos de incentivo das DST/AIDS para os estados, DF e municípios. Esse acontecimento foi considerado um retrocesso para expansão das ações de redução de danos, visto que os estados e municípios não deram continuidade, na mesma proporção, ao financiamento dos projetos^(62,63). No entanto, a área técnica de Saúde Mental do MS assumiu esse protagonismo com o processo de consolidação da rede de serviços de saúde mental⁽⁶²⁾.

Em fevereiro de 2002, foram estabelecidas as diferentes modalidades de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contemplando serviços específicos ao atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas (CAPSad). Em abril de 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu a implantação de 250 CAPSad no âmbito do “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o qual contemplava com maior enfoque a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e seus familiares.

Em 2004, o Ministério publicou portaria redefinindo e ampliando a atenção integral, por meio do *Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, estabelecendo quatro componentes básicos: Atenção Básica - ambulatórios não-especializados, Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Atenção nos CAPSad, ambulatórios e outras unidades extra hospitalares especializadas; Atenção hospitalar de referência; Rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil) - complementar ao SUS. Essa portaria nada mais é do que a normatização de pressupostos contidos na Política do MS, com definições objetivas dos componentes de um programa e com reafirmação da adoção da lógica de Redução de Danos.

Apesar de não ter ato normativo próprio, a política do MS se mantém vigente e ainda é orientadora de publicações, programas e planos que foram criados, a citar o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) em 2009; e a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (portaria nº3088/2011), criada após o decreto presidencial nº7179/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Fleury e Ouverney afirmam que “a separação entre o contexto político e o contexto institucional é fictícia e gera grande dificuldade para a compreensão das reais articulações entre Estado e sociedade”⁽⁶⁴⁾. Apesar dos avanços na política de saúde brasileira, com criação de serviços específicos e de uma política contrária ao que delineava na trajetória da justiça, Gallassi e Santos⁽⁶⁵⁾ consideram que aqueles em sofrimento pelo uso de drogas não foram devidamente incluídos no debate das políticas de saúde mental. Para os autores, o Brasil enfrenta dois grandes desafios relacionados ao tema drogas:

[...] o recrudescimento das abordagens terapêuticas centradas na internação, reclusão e exclusão dos usuários de drogas; e a falta de conhecimento técnico-científico dos profissionais, à luz das melhores evidências no que se refere ao cuidado de pessoas em sofrimento pelo uso de drogas^(65:1).

Frente aos desafios conceituais que orientam a prática profissional, Gallassi e Santos consideram o uso de drogas como uma ocupação humana, necessária de ser compreendida a partir do contexto e do entendimento de ocupação “como algo que compõe o rol de atividades do ser humano e, portanto, aquilo que produz vida e funcionalidade”⁽⁶⁵⁾. Essa concepção vai ao encontro do que o professor Antônio Nery defende: “O uso de drogas não é um ato de morte, é um modo do sujeito reduzir a dor. Quando se chega lá com essa possibilidade, reconhece-se que o sujeito usa drogas, não para morrer, mas para viver”^(65:30).

No dia 02 de dezembro de 2016, o coordenador do Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Universidade Federal da Bahia, Professor Antônio Nery proferiu a 5ª conferência do VIII Ciclo Anual de Conferências Internacionais em Bioética da Universidade de Brasília. Em sua apresentação, o

psiquiatra baiano, conhecido como o pai dos Consultórios de Rua no Brasil³⁶, dividiu a trajetória da saúde brasileira sobre drogas em três décadas: a década heroica (1985-1995), a década preventivista (1995-2005) e a década perdida (2005-2015).

A primeira década corresponderia às conquistas do Movimento de Reforma Sanitária no país, de transformação da clínica, da luta antimanicomial, e principalmente de reconhecimento do fenômeno das drogas como de ordem social.

Fechamos grande hospitais manicomiais, ampliamos o debate, fizemos uma revolução clínica no país [...]. Dissemos que não era possível internar adolescentes por uso de maconha, numa conduta ordálica, numa conduta de prova, numa conduta de passagem da infância para vida adulta.

A segunda, chamada de década preventivista, Dr. Nery informou que *fomos assaltados pela aids*. O Brasil reconheceu sua epidemia de aids e fortaleceu seu programa preventivo, momento o qual os primeiros programas de redução de danos foram reconhecidos e o resultado na diminuição dos índices de infecções no país foi aclamado⁽⁶⁷⁾. Apesar de ter sido um período de conquistas, Dr. Nery confessou que essa década não o agradou, pois sempre se perguntou:

Como fazer prevenção de algo que não é conhecido, de uma prática que se insere na clandestinidade? O avanço em pesquisas no campo das doenças infecciosas é inquestionável, no entanto, pouco sabemos sobre o nosso padrão de uso, os tipos de drogas ofertadas nas diferentes regiões do nosso imenso país, a oferta e a qualidade dos produtos consumidos, as relações entre usuários e traficantes, os aspectos socioeconômicos relacionados, fatos que abriram margem à falaciosa epidemia de crack alvoroçada nossa política de drogas nos últimos anos.

A terceira década Dr. Nery chamou de década perdida e se recordou de um trecho da música *Vai Passar*, de Chico Buarque: *Dormia / A nossa pátria mãe tão distraída / Sem perceber que era subtraída / Em tenebrosas transações. O retrocesso político e moral começou a tomar conta das pautas sociais nos empurrando à experiência de um retrocesso jamais imaginado*. Dr. Nery citou a falência dos CAPS e CAPS-ad, a falência dos Consultórios de Rua e o avanço das comunidades terapêuticas, fragmentos da história brasileira difíceis de acreditar.

Em sua conferência, Dr. Nery prognosticou a próxima década como a pertencente à Bioética e aos Direitos Humanos. De maneira entusiasmada e

³⁶ O Consultório de Rua é definido como um dispositivo clínico de atenção à saúde biopsicossocial de pessoas em situação de rua, expostas a riscos de vida relacionados ao uso de substâncias psicoativas e ao contágio de doenças sexualmente transmissíveis⁽⁶⁶⁾. Valendo-se de estratégias que visam a promoção da saúde, da cidadania e da dignidade humana, foi criado em 1995 por meio de convênios do CETAD com instâncias governamentais estaduais e municipais.

esperançosa, ele nos ofereceu um alento ao que hoje o mundo tem vivenciado. Oferecer uma década à reflexão ética é vislumbrar um retorno ao engajamento da década heroica. Seria a possibilidade de um fim ao silêncio do debate moral e da reflexão ética sobre os aspectos envolvidos no campo das políticas sobre drogas.

Tendo em vista a arena política atual, de ameaças de retrocessos e de violações de direitos, torna-se premente a necessidade de se afirmar valores e princípios, a partir da reflexão dos fundamentos morais e das contribuições da bioética, para orientar a tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas.

2 INTERFACE ENTRE BIOÉTICA, DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

O levantamento bibliográfico foi constituído por seis artigos selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos, a saber as referências ao Proibicionismo e à Redução de Danos, e sua relação com a Filosofia Moral, Bioética e/ou seus princípios. Do total de artigos selecionados, dois foram encontrados na base de dados *Science Direct*, três na *PubMed* e um na *Scielo*. Todos os estudos podem ser classificados na tipologia conceitual-aplicada, pois além de apresentarem conceitos e teorias, apresentam dados de realidade de políticas públicas sobre drogas. O quadro a seguir representa as especificações de cada um dos artigos.

Percebe-se a incipiência de artigos científicos publicados sobre Bioética, Drogas e Redução de Danos. Um artigo se concentrou nas limitações ideológicas e na dificuldade em expressar compromissos morais, advogando por uma prática ética neutra. Três artigos internacionais trouxeram a perspectiva do conflito ético entre Proibicionismo e Redução de Danos a partir da oposição teórico-filosófico entre a perspectiva deontológica de Kant e utilitarista de Stuart Mill. Um artigo referiu-se ao princípio bioético de justiça social, que será mais abordado no capítulo seguinte. O único artigo brasileiro selecionado apresentou uma postura generalizante e abstrata da bioética em relação ao tema drogas, sem tencionar as principais determinações que envolvem o problema.

Este capítulo, além de apresentar a bibliografia selecionada entre Bioética, Drogas e Redução de Danos, pretende cumprir o objetivo de discutir as fundamentações teóricas filosóficas sobre os dois tipos de cuidado que refletem os polos do conflito, a abstinência e a redução de danos, seguindo o caminho proposto por três estudos, a partir da análise filosófica de Immanuel Kant e John Stuart Mill.

Quadro 1 - Artigos levantados nas bases de dados *Science Direct*, *PubMed* e *Scielos* obre Bioética, Drogas, e Redução de Danos

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, n, pág, ano)	Tipologia / Considerações
ScienceDirect	Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights.	Keane, H.	Int J Drug Policy.14(3): 227-232, 2003.	Conceitual-Aplicada Analisa as críticas à redução de danos que se referem às limitações ideológicas e a relutância em expressar compromissos morais. Argumenta que a redução de danos é melhor vista como uma combinação de práticas e objetivos com resultados variados.
ScienceDirect	Ethics and drug policy.	Wodak, A.	Psychiatry.6(2): 59-62, 2007.	Conceitual-Aplicada Avalia que o debate científico sobre redução de danos tem sido essencialmente entre os consequencialistas e suas críticas deontológicas. Afirma que necessidade primordial é superar a confiança convencional na aplicação da lei das drogas, a principal barreira para a implementação de estratégias de redução de danos.
PubMed	Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate.	Timothy, C, Groarke L, Sweet W.	Int J Drug Policy.19(1): 52-58, 2007.	Conceitual-Aplicada Analisa as objeções à redução de danos à luz das teorias éticas de John Stuart Mill, Immanuel Kant e Aristóteles. Para os autores, a questão ética mais importante no debate abstinência versus redução de danos é se a última pode ser justificada eticamente. Considera que as intervenções de redução de danos estão claramente justificadas por motivos utilitários.
PubMed	Harm reduction through a social justice lens.	Pauly, B.	Int J Drug Policy. 19(1):4-10, 2008.	Conceitual-Aplicada Critica a redução de danos com um foco primário no uso de drogas, que não discute os danos associados ao contexto do uso de drogas, as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, falta de moradia, a violência e a pobreza. Discute a ética dos valores subjacentes de redução de danos e examina as diferentes concepções de justiça como base para ações que abordam os danos associados ao uso de drogas.
PubMed	Aristotle on drugs.	Mercer, T.	New Bioeth.19(2): 84-96, 2013.	Conceitual-Aplicada Examina o tratamento de proibição e abstinência apenas como um exemplo de ética deontológica e abordagens de redução de danos como um exemplo de uma ética utilitarista. Um terceiro paradigma, a "recuperação", é examinada como um exemplo de ética da virtude aristotélica.
Scielo	Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção.	Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena EL, Yarid SD.	Rev. Bioét. 21(2): 365-74, 2013.	Conceitual-Aplicada Discute a legalização das drogas à luz da bioética da proteção, que considera as contingências de países latino-americanos com suas especificidades e fornece subsídios aos debates e condutas em relação ao assunto. Compreende a complexidade do tema e a necessidade de ultrapassar a compreensão ingênua e as posições extremistas de repressão ou da legalização em relação ao consumo de drogas ilícitas.

2.1 Reflexões éticas sobre a abstinência e a redução de danos

Após contextualizar a moralidade das drogas, com seus dois discursos “proibir e cuidar”, pretendo compreender essa moral por explicações próprias da filosofia moral. Apesar da ética poder se constituir como um saber normativo, com incidência imediata na vida cotidiana, esta análise não se propõe a essa finalidade, tão somente, enquanto reflexão sobre a moral, que se apresenta como um tipo de saber que objetiva analisar e explicar fenômenos morais por meio de conceitos e argumentos⁽¹⁹⁾.

O objetivo desse capítulo é compreender o conflito entre o Proibicionismo, que regulamenta e restringe o uso de drogas, e a Redução de Danos, que se coloca tolerante ao uso de qualquer droga, a partir de teorias éticas. Julgo esse passo necessário para discutir, posteriormente, possíveis soluções para a tomada de decisões no cotidiano prático de ações públicas.

Wodak afirma que a comunidade internacional adotou uma abordagem deontológica para as drogas ilícitas durante o século XX, tendo como consequência a ampliação do uso de drogas e resultados sociais, econômicos e de saúde negativos⁽⁶⁾. Com a ameaça da epidemia de HIV/aids, muitos países adotaram a Redução de Danos, que para o autor é reconhecida como uma abordagem utilitarista consequencialista, que reflete na conscientização sobre os custos, a eficácia limitada e os danos resultantes das leis antidrogas⁽⁶⁾.

De forma semelhante, Christie, Groarke e Sweet analisam o conflito entre a abstinência, evocada pelo Proibicionismo, e a Redução de Danos, como um conflito que revitaliza o dilema deontológico-consequencialista, muitas vezes ignorado⁽⁵⁾. Os autores apresentam e interpretam as teorias éticas do Utilitarista-consequencialista, John Stuart Mill, e do fundador da ética deontológica, Immanuel Kant. As intervenções de Redução de Danos, para os autores, são justificadas por razões utilitárias porque, com base nas evidências, tais ações produziram o maior benefício para o maior número de pessoas. Por outro lado, os autores afirmam que os defensores da abstinência, no entanto, geralmente parecem empregar uma ética deontológica, que sustentam que o valor moral de suas ações não tem nada a ver com as consequências dessas ações, mas é determinado pela intenção dos agentes morais⁽⁵⁾.

Mercê expõe a necessidade de enriquecer e expandir a bioética, identificando e debatendo questões éticas que fazem parte dos problemas de saúde pública, por meio da filosofia moral. Para o bioeticista, embora haja argumentos convincentes que justifiquem a intervenção do Estado para proteger e promover a saúde da população, muito pouco se explora do conteúdo moral dessas intervenções, pois o *ethos* dominante da saúde pública, e particularmente sua ciência fundamental, a epidemiologia, é empirista, quantitativa e orientada para soluções precisas e definitivas⁽⁷⁾. Mercer explica a proibição e a abstinência às drogas como exemplos de uma ética deontológica e a abordagem de redução de danos como exemplos de uma ética utilitarista. Os argumentos filosóficos subjacentes a cada abordagem justificariam a aplicação concomitante de políticas tão conflitantes e o aparente paradoxo entre ambas.

Devido ao pressuposto de um conflito ético entre esses, Proibicionismo e Redução de Danos, devido a abordagens éticas opostas, compreendo que a reflexão ética se mostra um importante instrumento para iniciar o debate e tomar decisões no campo de políticas sobre drogas. A partir dessas descobertas, este capítulo pretende seguir o caminho proposto por esses autores, buscando refletir sobre o problema das drogas na atualidade também como uma questão ética, a partir da análise filosófica de Immanuel Kant e John Stuart Mill.

Precursor das éticas formais, Immanuel Kant, filósofo do século XVIII, se dedicou à fundamentação da moral, com a perspectiva de que o bem moral não se explicita mediante um conteúdo, mas se explicita por um comando⁽¹⁹⁾. A partir da obra de 1875, *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, a filosofia moral kantiana se apresenta como uma teoria deontológica, a qual se desvincula das definições de “bem” ou de “vida boa” e declara que, sejam quais forem as consequências das ações, *todos os conceitos morais têm a sua sede e origem completamente a priori na razão*^(10:46).

Kant denominou a Ética como a Teoria dos Costumes, e a definiu como a ciência responsável pelas leis da moral ou leis da liberdade, referentes a vontade do homem, segundo as quais as pessoas devem agir de forma incondicionada por um princípio de obrigatoriedade. Distintamente, a Física, também integrante do conhecimento racional, se ocuparia das leis da natureza, que determinam como as coisas ou objetos materiais simplesmente acontecem, baseados no empírico e nos princípios da experiência⁽¹⁰⁾.

A reflexão de Kant demonstra que, no âmbito prático, o que deveria acontecer nem sempre acontece porque os agentes humanos escolhem como agir, muitas vezes guiados pelos efeitos da ação, por sentimentos e pelas inclinações naturais. Nas palavras do filósofo: “os próprios costumes ficam sujeitos a toda a sorte de perversão enquanto lhes faltar aquele fio condutor e norma suprema do seu exato julgamento”^(10:16). A *Metafísica dos Costumes* proposta por Kant é, portanto, um estudo da filosofia moral que apresenta o pressuposto de pureza da razão, ou seja, investiga princípios práticos que residem *a priori* na razão, e que afasta todo e qualquer processo experimental que busca, na natureza ou em condições do querer humano, o sentido da obrigação moral⁽¹⁰⁾.

Segundo Kant, o valor moral de uma determinada ação só é atribuído quando o dever é representado por um mandamento da razão, expresso pela fórmula de *Imperativo Categórico*: uma lei da razão que ordena e representa uma ação boa em si, objetivamente necessária, sem qualquer relação com outra finalidade. O conceito de ação ou “vontade boa em si” para Kant é desagregado da sensibilidade subjetiva, pois representa a submissão à lei moral. O *Imperativo Categórico* ou *Imperativo da Moralidade*, seria, portanto, um comando do agir por puro dever, por amor à lei moral que atua enquanto força obrigatória. O agir somente conforme o dever é concebido como duvidoso, pois não traz à luz o motivo ou a intencionalidade do agente moral, o que gera incerteza e perde a autenticidade da ação. Portanto, uma ação, conforme o dever, não pode ser considerada proveniente de uma lei moral⁽¹⁰⁾.

Os *Imperativos Categóricos* possuem certas características que identificam se uma máxima (pensamento ou princípio que orienta a ação) é ou não uma lei moral. Trata-se de um procedimento, um teste proposto para identificar o caráter moral de uma ação. A primeira característica verifica o imperativo universal do dever, ou seja, se a máxima da ação pode ser universalizada sem contradição: “Aja como se a máxima da sua ação se devesse tornar, pela tua vontade, em lei universal^(10:59)”. Essa declaração estabelece o caráter e a aplicabilidade universal da lei moral sem nenhuma condição que a limite. Kant dá o exemplo da ação de mentir prometendo algo que não se pode cumprir. A máxima: *Quando julgo estar em apuros de dinheiro, vou pedi-lo emprestado e prometo pagá-lo, embora saiba que tal nunca sucederá*. O teste da universalidade seria: *O que aconteceria se a minha máxima se transformasse em lei?* Kant responde que a própria promessa e a finalidade que

com ela se pudesse ter em vista se tornariam impossíveis. As promessas seriam tomadas como “vãos enganos”⁽¹⁰⁾.

Outra característica é verificar o princípio da humanidade na ação: “Age de tal maneira que uses a humanidade, tanto na tua pessoa como na pessoa de qualquer outro, sempre e simultaneamente como fim e nunca como meio^(10:69). Kant retoma o exemplo anterior da ação de mentir, realizar uma falsa promessa para alcançar um bem-estar próprio, e verifica que essa ação também infringiria esse segundo teste, pois desrespeitaria uma outra pessoa, a quem se reporta a mentira. O filósofo reconhece, portanto, o valor intrínseco e absoluto da pessoa. Kant renega a instrumentalização de pessoas, ou seja, rejeita a possibilidade de conceber a humanidade como objeto ou um meio para alcance de um fim qualquer.

A condição do homem como um fim em si mesmo revela o conceito de dignidade para Kant, de que uma pessoa não tem preço, fato que o distingue de todas as outras coisas e seres irracionais. O homem, devido a sua racionalidade, está acima de tudo e é digno de respeito. Este é o limite do livre arbítrio em Kant, o que revela a relação entre autonomia e dignidade.

O homem, e, duma maneira geral, todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Pelo contrário, em todas as suas ações, tanto nas que se dirigem a ele mesmo como nas que se dirigem a outros seres racionais, ele tem sempre de ser considerado simultaneamente como fim. Todos os objetos das inclinações têm somente um valor condicional, pois, se não existissem as inclinações e as necessidades que nelas se baseiam, o seu objeto seria sem valor. As próprias inclinações, porém, como fontes das necessidades, estão tão longe de ter um valor absoluto que as torne desejáveis em si mesmas, que, muito pelo contrário, o desejo universal de todos os seres racionais deve ser o de se libertar totalmente delas. Portanto o valor de todos os objetos que possamos adquirir pelas nossas ações é sempre condicional. Os seres cuja existência depende, não em verdade da nossa vontade, mas da natureza, têm, contudo, se são seres irracionais, apenas um valor relativo como meios e por isso se chamam coisas, ao passo que os seres racionais se chamam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, quer dizer como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, por conseguinte, limita nessa medida todo o arbítrio^(10:68).

A terceira característica se refere à concepção de uma legislação universal, a partir da qual é considerada a ligação da liberdade da vontade dos seres racionais por meio de leis objetivas comuns, em um ideal *Reino dos Fins*. Kant atribui a todo ser dotado de razão o caráter de legislador universal, a possibilidade de ser membro e chefe desse Reino dos Fins, ou seja, afirma o princípio supremo da moralidade, o *princípio da autonomia da vontade* como possibilidade de sujeitar-se à lei e de dar-

se leis: “não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal”^(10:85).

A noção de dever está na centralidade do discurso kantiano de moralidade. O âmbito moral é a realização da autonomia humana (dar leis a si mesmo e governar-se por elas) e a realização da humanidade (o ser humano e racionalidade como fins em si mesmo). O princípio da autonomia é o único princípio da moral, é um princípio que funciona como imperativo categórico e único caminho para se conhecer a liberdade. A moralidade proporcionaria ao ser humano sair da lei do preço, e caminhar em direção à dignidade, ser capaz de se subtrair à ordem natural, de se autolegislar, de ser autônomo, agir segundo a lei que se impõe a si mesmo.

A moralidade consiste, pois, na relação de toda a ação com a legislação, através da qual somente se torna possível um reino dos fins. Esta legislação tem de poder encontrar-se em cada ser racional mesmo e brotar da sua vontade, cujo princípio é: nunca praticar uma ação senão em acordo com uma máxima que se saiba poder ser uma lei universal, quer dizer só de tal maneira que a vontade pela sua máxima se possa considerar a si mesma ao mesmo tempo como legisladora universal. Ora se as máximas não são já pela sua natureza necessariamente concordes com este princípio objetivo dos seres racionais como legisladores universais, a necessidade da ação segundo aquele princípio chama-se então obrigação prática, isto é, dever. O dever não pertence ao chefe no reino dos fins, mas sim a cada membro e a todos em igual medida^(9:76).

Na obra, *A Metafísica dos Costumes*, Kant define a virtude “como força moral da vontade; portanto, requer, em primeiro lugar, o domínio de si mesmo”^(11:250). Ou seja, requer “ser o seu próprio senhor e reger a si mesmo”. Kant distingue a Doutrina da Virtude da Doutrina do Direito. Enquanto a primeira refere-se à liberdade interna, à ética, às leis internas de cada indivíduo, a segunda refere-se à liberdade externa e às leis jurídicas. A Doutrina da Virtude é conhecida como a Doutrina Geral dos Deveres, na qual apresenta entre outros os “deveres para consigo mesmo”, que combatem diretamente os vícios, definidos como *monstros ou a ninhada de disposições que se opõem à lei*.

Kant divide inicialmente os “deveres para consigo mesmo” a partir do objeto do dever e não a partir do sujeito que se submete à obrigação. Ou seja, o ser humano é considerado o objeto de seus sentidos, interiores e exteriores, e deve *fazer de si mesmo um juguete de meras inclinações e, por conseguinte, uma coisa*^(11:262). Um exemplo desses deveres está relacionado ao vício de comer e beber em excesso, que foi classificado, de forma objetiva por Kant, como parte dos deveres negativos ou limitativos, ou seja, se expressa por omissão ou abstinência

(não se deve fazer), diferentemente dos deveres positivos e de execução que ordenam a fazer de um certo objeto de escolha o seu fim. Esses deveres proíbem um ser humano de agir contrariamente à autopreservação moral, portanto, Kant afirma que dizem respeito à saúde moral, enquanto os deveres positivos dizem respeito à prosperidade moral.

Nesse sentido, esses “deveres para consigo mesmo” devem ser fundamentados pela máxima: *viva em conformidade com a natureza* – o que significa que o homem deve preservar a perfeição que a natureza lhe ofereceu. A natureza em Kant visa também à preservação do próprio ser humano, da sua espécie e da capacidade do indivíduo em desfrutar a vida, mesmo que em nível animal. Kant se preocupa com a integralidade material do agente da moralidade, ou seja, a preservação é tão somente física, com o corpo, e a preocupação é com os excessos que a animalidade carrega. A animalidade permitiria também o desenvolvimento moral, a partir do instinto de sobrevivência da espécie humana e da capacidade de reconhecer uma lei moral. Portanto, os “deveres para consigo mesmo” são classificados também de forma subjetiva, na qual considera o sujeito visto como um ser animal e ao mesmo tempo moral. Um banquete para Kant é um convite formal ao excesso de comida e bebida, que poderia proporcionar bem-estar físico e reunião para se dedicar ao diálogo. No entanto, se constitui também como algo que visa um fim moral⁽¹¹⁾.

O suicídio, o uso não natural da inclinação sexual e o consumo excessivo de alimento e bebida são descritos por Kant como ações que contrariam os fins básicos da natureza animal de preservação, defesa da vida e conservação da espécie. Kant afirma que há vícios que reduzem o homem à condição de animal, principalmente por deturparem as faculdades intelectuais e interferirem em sua racionalidade. Kant explica que o entorpecer-se por meio do uso excessivo de alimento ou bebida é considerado um vício não pelo dano ou sofrimento físico causado, pois, assim sendo, seria somente o confronto de um princípio da felicidade, de bem-estar e de conforto, e tal princípio seria capaz somente de estabelecer regra de prudência e nunca um dever. O consumo excessivo de bebida e também de comida, na reflexão kantiana, é concebido como algo não pertencente à condição humana e exige um “dever para consigo mesmo” para enfrentamento:

O excesso animalesco no uso do alimento e da bebida constitui um abuso dos recursos de nutrição que restringe ou exaure nossa faculdade de usá-los inteligentemente. A embriaguez e a glotonice são os vícios que se enquadram neste título. **Um ser humano embriagado se assemelha a um mero animal que não é para ser tratado como um ser humano.** Quando empanturrado com comida, se encontra numa condição em que está incapacitado, durante um certo tempo, para produzir ações que dele exigiram o uso de seus poderes com habilidade e deliberação. É óbvio que se reduzir a um tal estado **viola um dever para consigo mesmo.** O primeiro desses rebaixamentos, abaixo até mesmo da natureza de um animal, é geralmente ocasionado por bebidas fermentadas, mas pode resultar também de outros narcóticos, tais como o ópio e outros produtos vegetais. São sedutores porque sob sua influência as pessoas sonham por algum tempo que estão felizes e livres da preocupação, e até mesmo imaginam que são fortes; mas a sequência é preenchida pela depressão e debilidade e, o pior de tudo, criam a necessidade de utilizar novamente os narcóticos e mesmo de aumentar a quantidade. A glotonice é ainda mais baixa do que o gozo animal dos sentidos, uma vez que se limita a aquietar os sentidos dentro de uma condição passiva e, **diferentemente da embriaguez, nem sequer estimula a imaginação para um jogo ativo de representações,** com o que aproxima o ser humano ainda mais estreitamente do prazer do gado^(11:269).

Kant hierarquiza o consumo excessivo de comida e bebida, sendo o último um pouco mais tolerado. O filósofo é condescendente com o uso do vinho e seu poder de reunir pessoas para o diálogo, porém, é mais criterioso e restritivo quando se refere a outras substâncias:

Não se poderia, ao menos, justificar – se não elogiar – um uso de vinho vizinho à intoxicação, uma vez que ele aviva a manutenção do grupo e, ao produzir isso, faz com que os membros deste discurssem mais livremente? [...] O uso do ópio e da aguardente, em busca de prazer, corre mais risco de ser um ato vil do que o uso do vinho, visto que tornam o usuário silencioso, reticente e retraído, devido à euforia onírica a que induzem, o que, portanto, os faz permitidos somente como medicamentos⁽¹¹⁾.

Kant afirma que a intemperança é uma tentação para algo imoral e que é claramente uma violação do “dever para consigo mesmo”, não importando o dano causado, o que pode ser resolvido, segundo o filósofo, por um médico. Apesar de ser favorável ao vinho, Kant também se questiona: “quem pode determinar a medida para alguém que está absolutamente pronto para passar a um estado no qual deixa de ter visão aguda para medir? Até onde vai a autorização moral de cada um para a aceitação de convites à intemperança?” O filósofo não se propõe a responder seguidamente, já tendo anunciado anteriormente que é a própria autonomia da vontade que estabelece o indivíduo como objeto e sujeito de sua ação moral, mas a definição de uma medida pode ser comprometida pelo próprio uso de uma substância.

A partir do exemplo da condescendência ao vinho devido à sua capacidade de favorecer o diálogo, o que vale ressaltar é que a teoria kantiana, apesar de rejeitar o dogmatismo religioso, expressa a cultura ocidental da época, o *ethos específico do século XVIII*, que não deixa de estar associada a uma ordem existente, o que pode ser verificada em sua afirmação: “O Islã, que proíbe terminantemente o vinho, fez assim uma péssima escolha ao permitir que o ópio tomasse seu lugar”⁽¹¹⁾.

A abstinência, prescrita pelo Proibicionismo ao impor como meta a redução da demanda, pode passar no teste kantiano, enquanto uma ação moral, enquanto um dever para consigo mesmo. A abstinência, como uma virtude, faz parte da moral ilustrada, a qual a religião foi reduzida e assumiu a forma de dever, legitimados pelas normas morais, jurídicas, políticas e técnicas da questão das drogas que subsistem na atualidade. O Proibicionismo mantém normas judaico-cristãs, reduzidas, de forma paradigmática, ao ideal moral iluminista. A abstinência é o reflexo de uma moral que se inicia religiosa e se mantém racional pelo projeto fracassado do Iluminismo do século XVIII, prescrita em “deveres para consigo mesmo”, que, de forma emblemática, tolera em certa medida (pois, não pode ser “calculada”) o uso do vinho, porque não dizer o uso do vinho sagrado.

A Redução de Danos surge como um contraponto moral à abordagem deontológica proibicionista às drogas. A Redução de Danos não poderia ser justificada em um modelo kantiano como o Proibicionismo se apresentou. A "razão de ser" da Redução de danos é, em última análise, evitar consequências negativas. De acordo com Christie, Groarkee e Sweet⁽⁵⁾, Kant poderia argumentar que esse tipo de raciocínio instrumental, de agir conforme as consequências, não atende ao padrão ético relevante. Para que uma ação de Redução de Danos passasse no teste do *Imperativo Categórico*, ela deveria ser racionalmente desejada por todos e ser capaz de ser posta em prática por todos, ou seja, deveria ser vista como sendo boa em si mesma sem recorrer a consequências. Os autores ressaltam que não significa que Kant iria definir como imoral uma ação de redução de danos, mas apenas não a consideraria moral, ou contrária a racionalidade. O fundamento moral que justifica a Redução de Danos apela para as boas consequências das ações. O utilitarismo é a teoria ética que melhor fundamenta a Redução de Danos, o que será exposto a seguir.

A teoria moral utilitarista é fundamentalmente conhecida pelas contribuições de Jeremy Bentham (1748-1832), com sua “aritmética dos prazeres”, e John Stuart

Mill (1806-1876) que difundiu a teoria tornando-a um clássico do pensamento ético ocidental⁽¹⁹⁾. A ação moral para o utilitarismo é aquela que proporciona a maior felicidade possível ao maior número possível de pessoas, ou seja, se apresenta como uma ética hedonista, a qual identifica a felicidade como prazer e a razão moral como a busca a esse fim.

Para Jeremy Bentham, a dor e o prazer, concebidos como dois senhores soberanos, dominam a humanidade: “Somente a eles compete apontar o que devemos fazer, bem como determinar o que na realidade faremos”^(67:28). A aplicação do *princípio da maior felicidade* norteia não só o indivíduo no âmbito particular, mas também qualquer ato ou medida de governo. Para somar os interesses dos membros de uma comunidade, tanto o prazer quanto a dor poderiam ser medidos a partir de critérios como intensidade, duração, certeza ou incerteza, e proximidade no tempo.

As críticas à proposta de Bentham se concentram na desconsideração das diferentes percepções de prazer entre os diferentes indivíduos e na proposta de cálculo. O desenvolvimento teórico de Stuart Mill, em contrapartida, demonstrou que os prazeres devem ser avaliados em seu aspecto qualitativo (prazeres superiores e prazeres inferiores) e somente os próprios indivíduos, em sua experiência, possuem a legitimidade para classificar e eleger os prazeres vividos⁽¹²⁾. Nesse sentido, Mill defende que há categorias de prazer, e que os prazeres morais e intelectuais são identificados como os mais desejados e valiosos. A teoria da moralidade milliana se baseia, portanto, na ideia de que a promoção do prazer e a isenção de dor se configuram como as únicas finalidades humanas. E de que o desejável é aquilo que contém o prazer inerente a si mesmo ou se configura como meio para seu alcance⁽¹²⁾.

Os seres humanos têm faculdades mais elevadas do que os apetites animais e, quando se tornam conscientes delas, não veem como felicidade nada que não inclua sua satisfação. [...] Um ser com faculdades superiores precisa de mais para ser feliz, provavelmente é capaz de um sofrimento mais agudo e certamente é-lhe vulnerável em mais aspectos. Mas, apesar dessas desvantagens, não pode nunca desejar realmente afundar-se naquilo que se lhe afigura como um nível de existência inferior⁽¹²⁾.

O sentido de dignidade, presente em alguma proporção em todos os seres humanos, é para Mill a compreensão dessa recusa a uma vida inferior. Tudo o que se opõe ao sentido de dignidade é, para o filósofo, momentâneo, e não faz parte da felicidade, significando simplesmente contentamento. Assim sendo, haveria

diferentes níveis de satisfação, sendo que um ser, cujas capacidades de prazer fossem baixas, teria maior probabilidade de as satisfazer completamente do que um ser mais “aventurado”, que sempre encontraria imperfeições no alcance de sua felicidade. Contudo, isso não seria o bastante para o último invejar o indivíduo inconsciente dessas imperfeições. Nas palavras de Mill: “é melhor ser um ser humano insatisfeito do que um porco satisfeito; é melhor ser Sócrates insatisfeito do que um tolo satisfeito”⁽¹¹⁾.

Apesar da preferência aos prazeres superiores, o filósofo reconhece que os indivíduos possuem fraqueza de caráter e frequentemente elegem o bem mais acessível, mesmo reconhecendo seu valor inferior. A entrega aos vícios contrários à saúde é um exemplo, pois mesmo identificando a saúde como um bem maior, em momentos de tentação ela pode ser facilmente preterida. No entanto, a teoria utilitarista explica que não se trata de uma simples escolha, mas sim de condições:

Na maior parte das naturezas, a capacidade para os sentimentos mais nobres é uma planta muito delicada, que morre facilmente não só devido a influências hostis, mas também à simples falta de alimento – e, na maioria dos jovens, morre rapidamente se a sua posição na vida lhes reservou ocupações e os lançou para uma sociedade desfavoráveis para manter em exercício essa capacidade superior. [...] Os homens não se viciam nos prazeres inferiores porque os preferam deliberadamente, mas sim porque são os únicos a que tem acesso ou são os únicos com que ainda conseguem deleitar-se⁽¹²⁾.

Mill admite que grande parte da humanidade vive com muito pouco, pois, para ele, essas populações foram ensinadas a considerar uma porção moderada de felicidade como o fim da vida. A tranquilidade e a excitação seriam os dois elementos principais de uma vida gratificante, numa espécie de aliança natural, o prolongamento de um prepararia o desejo do outro⁽¹²⁾. Nesse sentido, a teoria utilitarista não se configura como uma teoria de obrigações específicas de princípios, que permite avaliar o estatuto moral dos atos (o errado, o permitido ou o obrigatório). O utilitarismo se apresenta como uma teoria consequencialista, uma teoria utilitarista dos atos, que supõe que as consequências das escolhas constituem o único padrão fundamental da ética⁽⁶⁹⁾. A obrigação moral não entra no jogo do dever pelo dever. A ação moral é aquela que, após avaliação, dará origem a melhor situação ou o maior bem.

Aquele que salva um semelhante de se afogar faz o que está moralmente certo seja o seu motivo o dever, seja a esperança de ser pago pelo incômodo; aquele que trai um amigo que confia em si é culpado de um crime, mesmo que o seu objetivo seja servir outro amigo relativamente ao qual tem maiores obrigações⁽¹²⁾.

Mill supervaloriza os sentimentos sociais como fonte de prazer e julga como nobre aquele que abdica inteira ou parcialmente de sua porção de felicidade a favor dos outros⁽¹⁹⁾. A favor da felicidade comum, qualquer indivíduo, “decentemente educado, que usufrísse de uma cultura intelectual, teria, ainda que em graus diferentes, afetos genuínos e um interesse sincero pelo bem público”⁽¹²⁾. Uma existência invejável, de acordo com o utilitarismo, seria aquela com porção moderada de requisitos morais e intelectuais, que não fosse privada da liberdade pelas más leis ou pela sujeição à vontade de terceiros, e que escapasse das grandes fontes de sofrimentos físico e mental, como a miséria, a doença, a crueldade, a baixeza ou a perda prematura dos objetos de afeição.

Oliveira afirma que a ética utilitarista aposta na condição natural do ser humano de harmonizar interesses individuais e coletivos, o que poderia ser desenvolvido por uma reformulação da educação⁽⁶⁹⁾. A virtude mais elevada seria o sacrifício de renunciar à sua própria felicidade e contribuir para o aumento da felicidade total das pessoas. No entanto, não há uma exigência ou um dever. A moralidade utilitarista é aquela que somente prevê a renúncia de um bem maior pelo bem dos outros. Uma ação certa não significaria, necessariamente, um caráter virtuoso. Além disso, ações censuráveis, em determinada circunstância, poderiam ser avaliadas como dignas de louvor.

Aplicando a prova da ética utilitarista à questão moral sobre as drogas, uma política pública apropriada seria aquela que promovesse a maior felicidade ao maior número de pessoas. Assim sendo, qual seria melhor: uma política proibicionista e punitiva, centrada na abstinência como principal estratégia, ou uma política de descriminalização, com a Redução de Danos como a principal estratégia? Mill reconhece que existe um raciocínio moral comum que opera em máximas intuitivas. No entanto, há também, em sua teoria, o incentivo ao raciocínio crítico, voltado tanto para solução de conflitos morais quanto para detecção de problemas com vista ao aperfeiçoamento moral e às reformas sociais⁽¹²⁾.

A assunção da moralidade comum sobre as drogas, que defino como hipócrita nas políticas proibicionistas falidas, trouxe trágicas consequências à

humanidade, conforme descrito no primeiro capítulo. E é esse fato que auxilia a resposta de que, as políticas proibicionistas, que preveem uma ação moral de abstinência, não promovem a maior felicidade para o maior número pessoas. O utilitarismo propõe que uma ação pode produzir muita felicidade no curto prazo, mas, a longo prazo, resultar em mais mal do que bem. As políticas proibicionistas sobre drogas não cumprem o princípio de utilidade, nunca trouxeram resultados positivos, nem mesmo a curto prazo. Seu principal objetivo de reduzir a oferta e a demanda nunca foi alcançado, pelo contrário, a diversidade e a disponibilização de drogas aumentou e a promessa de bem-estar pela repressão não evitou dor.

O proibicionismo causou mais danos em nome do controle ou da prevenção do uso de drogas do que se poderia imaginar, principalmente às populações mais vulneráveis. Entre esses danos se destacam os seguintes: discriminação e estigmatização das pessoas que usam drogas, abuso de práticas policiais, aplicações penais desproporcionais, encarceramento em massa e aniquilamento de práticas culturais. O que se questiona, numa abordagem utilitarista, é se a opção pela descriminalização aliada às intervenções de Redução de Danos realmente evitaria consequências negativas e promoveria o maior bem-estar de todos.

O conceito internacional de Redução de Danos é eminentemente antiproibicionista, utilitarista e consequencialista:

Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. A Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade³⁷.

O foco nos danos e nas consequências, sem a exigência da abstenção ao uso, apresenta uma opção possível e factível comparada à proposta proibicionista, que pretende um mundo livre de drogas. No entanto, essa análise exige que seja considerada a concepção de liberdade, complementar ao Utilitarismo, proposta na obra de Stuart Mill *Sobre a Liberdade*, de 1859.

Além de ser reconhecido como um proponente do utilitarismo, Mill também desenvolveu sua teoria da liberdade que sustenta amplas liberdades de pensamento, expressão e discussão. Segundo essa teoria, o Estado não deve interferir na liberdade, nem obrigar um indivíduo a abster-se de fazer algo porque irá

³⁷ Esse é o posicionamento oficial da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). [citado em 2016 jul. 01]. Disponível em <https://www.hri.global>

proporcionar prazer ou evitar dor, ou para enquadrar ao comportamento à moral vigente, à opinião ou à vontade da maioria. “Sobre si mesmo, sobre seu próprio corpo e mente, o indivíduo é soberano”^(11:13).

O único limite justificável à liberdade de um indivíduo, proposto por Mill e que permitiria a intervenção do Estado, é baseado no *Princípio do Dano*, que declara que as ações desse indivíduo não podem prejudicar outros indivíduos. O direito individual de liberdade não se apresenta como um direito natural ou de direitos humanos. Ele se apresenta, para a ética utilitarista, como instrumental, ou seja, se configura como meio para atingir o princípio supremo da moral, o *Princípio da Maior Felicidade*. É nesse sentido que a Redução de Danos se fundamenta na ética utilitarista, pois prevê o direito à liberdade do uso de drogas, mas autoriza ações do Estado não no sentido de limitar esse direito, mas de oferecer estratégia de reduzir danos ao indivíduo e à sociedade.

Ao contrário da teoria deontológica de Kant, que estabeleceu os “deveres para consigo mesmo”, a visão liberal de Mill permite que os indivíduos tenham independência em relação ao seu corpo e à sua mente, e que causem danos a si mesmos, mesmo aqueles provenientes do uso de drogas. No entanto, é conhecido que dependendo da relação que se estabelece com as drogas, o uso delas pode levar um indivíduo a negligenciar responsabilidades sociais. O compartilhamento de seringa, que facilita a transmissibilidade de doenças por via sanguínea, a prática do comércio sexual desprotegida, a violência e os crimes relacionados ao tráfico se apresentam como exemplos de como a relação entre os indivíduos e as drogas pode se tornar prejudicial à sociedade. A questão ética relacionada não é centrada no comportamento individual, nem no dano causado a si mesmo, mas no compromisso com a sociedade.

O limite da ética utilitarista ao fundamentar a Redução de Danos é justamente não reivindicar o direito ao uso de drogas como um direito natural ou de direitos humanos, e focar na efetividade de suas intervenções. A Redução de Danos utilitarista é aquela que se concentra em técnicas, em práticas e na apresentação do custo-efetividade. Um dos perigos dessa moral é a análise puramente liberal e econômica da legalização das drogas, que exige o cumprimento de responsabilidades individuais, mesmo daqueles indivíduos descritos por Mill com baixas capacidades de prazer, com baixo nível de satisfação, que se entregam a prazeres qualitativamente menores, ou que não conseguem alcançar outros tipos de

prazeres por variadas fontes de sofrimento. É nesse aspecto que se deve avaliar e propor intervenções de redução de danos, não somente em seu caráter pragmático centrado na Saúde Pública, mas também na garantia de direitos individuais.

Mercer afirma que os conflitos filosóficos subjacentes às abordagens deontológica e utilitarista, constantes na disputa entre os aspectos-chave da consequência de Mill e da autonomia de Kant, não são reconhecidos no debate público sobre drogas e muitas políticas resolvem esse conflito em termos de escolha e cuidados individualizados⁽⁷⁾. No entanto, considerando a pluralidade moral existente nas sociedades, Mercer declara que o conflito entre Proibicionismo e Redução de Danos não pode ser resolvido e é problemático qualquer tentativa de reunir ambas as abordagens.

Considerando que, em minha avaliação, as políticas públicas sobre drogas no Brasil tentam reunir ambas as abordagens, sem pudor, retomo minha inquietação descrita na introdução do trabalho. Como a Redução de Danos pode sobreviver ao Proibicionismo? Meu pressuposto caminha em direção ao que Mercer afirma ser problemática a tentativa de reunir as abordagens. Como seria então um possível caminho de construção de políticas sobre drogas e tomada de decisões? Minha alternativa é oferecer a Bioética como um território possível de orientações.

3 AS DROGAS COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE EM BIOÉTICA

A Bioética, enquanto uma ética aplicada às ciências da vida, se figura para além do esclarecimento do que é moralidade e sua fundamentação. Este trabalho busca alcançar os dois principais componentes epistemológicos da Bioética: o primeiro componente é analítico, no qual um conflito ético é investigado, considerando sua natureza interdisciplinar, o que se pretendeu desenvolver nos dois primeiros capítulos dessa dissertação; e o segundo componente epistemológico é propositivo, pelo qual são oferecidas justificações para uma possível solução⁽²⁾.

O campo bioético sofre variações de perspectivas ao se apresentar em três dimensões: teórica, normativa e institucional⁽⁷⁰⁾. Pretende-se, neste terceiro capítulo, analisar o conflito ético apresentado abarcando essas três dimensões da Bioética. Com o suporte da contextualização histórica, análise teórica desenvolvida nos dois primeiros capítulos e de referenciais teóricos de correntes bioéticas críticas, utilizarei a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)³⁸ e seus referenciais normativos e institucionais, como bases de reflexão bioética da temática apresentada.

A corrente crítica da Bioética que me refiro neste trabalho é aquela que escapa de sua qualidade disciplinar das éticas aplicadas, que, segundo Kottow, revela como um caráter que diminui sua forma interdisciplinar, de interlocução e de pluralismo, que a limita à sistematicidade e à normatividade⁽⁷¹⁾. O estatuto epistemológico que utilizarei é da Bioética como um território do conhecimento³⁹, orientada para aplicação de orientações normativas em um âmbito social específico, a saber a Bioética crítica latino-americana comprometida com as questões sociais, tendo seus traços característicos a desigualdade social e a inspiração à justiça e à proteção social⁽⁷¹⁾.

³⁸ A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos foi aclamada em 19 de outubro de 2005 pela 33ª Sessão da Conferência Geral da Unesco. Ao longo do terceiro capítulo, será utilizada a tradução em português, solicitada pela Sociedade Brasileira de Bioética – SBB, e desenvolvida pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília – UnB. Tradução de Mauro Machado do Prado e Ana Tapajós e revisão de Volnei Garrafa. O referencial institucional da Declaração será abordado a partir do conteúdo dos relatórios da Comissão Internacional de Bioética. [citado em 2016 jul. 01]. disponível em: <http://www.unesco.org/international-bioethics-committee/>

³⁹ Eleger a Bioética como um novo território do conhecimento pode ser compreendido a partir de diferentes abordagens do conceito de território e do discurso geográfico, constituídos entre 1950 e 1980, a partir do debate teórico e filosófico de enfraquecimento da dimensão espacial na vida social. A territorialização da Bioética latino-americana, em destaque a Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção, parte da ideia de território epistêmico, enquanto um lugar que possibilita a realização de mediações entre saberes locais, nacionais, regionais e internacionais o mundo⁽⁷²⁾.

Giovanni Berlinguer⁴⁰, um desses precursores críticos, chamou a atenção para uma nova Bioética, associada intimamente à Saúde Pública, que ao contrário de uma *Bioética de Fronteira*, que estaria concentrada nos casos extremos e inovadores de intervenção à vida, cada vez mais atuante no campo de desenvolvimento das ciências biomédicas; se ocuparia das experiências mais próximas e diárias de todas as pessoas. A nova *Bioética Cotidiana* teria raízes diacrônicas sobre ideias e valores que permeariam cotidianamente a razão e os comportamentos⁽¹⁾.

Em sua obra *Bioética Cotidiana*, Berlinguer colocou no centro da reflexão bioética a dimensão global da saúde do ser humano, em seus aspectos individuais e coletivos. As escolhas morais ligadas à *Saúde Global* possuem para o bioeticista um duplo caráter moral: um caráter *intrínseco*, de referência à antítese entre vida e morte, delimitada pelas capacidades vitais, e um caráter *instrumental*, no qual considera a saúde como condição de liberdade⁽¹⁾. A partir dessas características, Berlinguer defende a saúde como um bem indivisível e como uma finalidade global necessária em um mundo globalizado.

Segundo Berlinguer, um dos ramos mais crescentes da globalização das doenças, fruto da difusão de quadros mórbidos em todas as partes do mundo, refere-se à globalização dos riscos, “percepção bastante disseminada, mas vaga porque está ofuscada pela insensibilidade, a desinformação ou a espera miraculosa dos sucessos da medicina”⁽¹⁾. Esse tipo de preocupação foi verificado ao final do século XX, quando foi detectado que, apesar dos sucessos dos novos conhecimentos em saúde, havia pouco interesse em usar esses conhecimentos para todos, o que revelava o crescimento das diferenças e de iniquidades na área de saúde.

A universalização das drogas e das violências seriam exemplos de riscos potenciais e danos atuais à saúde e à integridade individual e coletiva assinaladas por Berlinguer⁽¹⁾. Esses exemplos impactariam nas patologias sócio comportamentais, nas doenças mentais, na sexualidade incauta e imprevidente e

⁴⁰ Giovanni Berlinguer (1972 – 1983) foi um médico sanitário e bioeticista italiano que se tornou referência para América Latina no final da década de 1970, desempenhando um importante papel na formação acadêmico-política de profissionais e militantes brasileiros e no desenvolvimento nas Reformas Psiquiátrica e Sanitária no Brasil. O percurso pela Bioética iniciou-se no final dos anos de 1980, aliando a Saúde Pública à Bioética. Em 2003 foi nomeado membro do Comitê Internacional de Bioética (IBC) da Unesco, e foi o relator principal do relatório sobre a possibilidade de elaboração de um instrumento universal de bioética, que, dois anos mais tarde, se tornou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos⁽⁷³⁾.

nos variados tipos de violências, caracterizados pela intolerância e desprezo pelo valor da vida. Para Berlinguer, assim como as infecções são transmissíveis, as drogas e as violências também são, seja a primeira pela indução ao consumo e a segunda pela ação das ações criminais e, eventualmente, pelos aparatos estatais. A principal diferença é que não existem para elas medicamentos ou vacinas, e sim a requisição de anticorpos sociais e morais.

Tenho a impressão de que diante das violências (como diante das drogas), além da tendência ao isolamento, prevaleça, às vezes um outro sentimento: **a seleção baseada nas suas tipologias**, nas suas causas reais ou presumidas, nas características das suas vítimas ou de seus artífices, uma seleção que, em alguns casos, leva a aprová-las e em outros a condená-las. No íntimo simplesmente aprova-se ou rejeita-se aquelas formas de violência que não tocam diretamente o ser humano ou então que correspondem às cristalizações e às deformações do seu sistema mental ou dos valores dominantes, impedindo-as de aflorar à consciência crítica⁽¹⁾.

O autor afirma ser absurdo pretender uma saúde global, sem considerar a imprevisível combinação de genes, a história de vida, as livres escolhas de cada indivíduo, enfim, sem considerar as diferenças. Portanto, Berlinguer expõe a equidade como a lente essencial para uma perspectiva de saúde global, a qual consistira em “criar ou favorecer, para cada indivíduo, a possibilidade de perseguir e de atingir o nível potencial de saúde que lhe é próprio.” Berlinguer analisa a definição de riscos e danos:

[...] o dano atinge as pessoas, classes, etnias e populações **seletivamente**, ainda que não exclusivamente, na proporção inversa ao patrimônio, à instrução e ao poder, por isso introduzindo ou reforçando as condições de iniquidade. A isso se acrescenta que a mesma regra vale quase sempre para o acesso às soluções, quando existem: seja para tratamentos em casos de doenças, seja para a segurança contra a violência ou contra as possíveis e eventuais catástrofes ambientais⁽¹⁾.

Para fins de avaliação moral e de prevenção, Berlinguer chamou a atenção para a necessidade de se debruçar sobre as distinções e os entrelaçamentos dos componentes da universalização das drogas: a inclinação, a livre escolha, a indução e as coações. Segundo o bioeticista, comportamentos insalubres ou arriscados, “escolhidos livremente, ou comportamentos induzidos ou coagidos existem, sobretudo, devido à estruturação da própria sociedade, à distribuição iníqua de condições sociais e às diferenças de saber e de poder”⁽¹⁾. A partir dessa reflexão, Berlinguer expõe o que ele chama de dupla moral existente no controle internacional dos diferentes tipos de drogas, que se empenha em ações desproporcionais de

combate às drogas ilícitas, e negligencia as drogas lícitas como álcool e tabaco, que possuem caráter letal e nocivo maior⁽¹⁾.

Na última década do século XX, as concepções históricas e sociais de Berlinguer influenciaram a agenda bioética internacional, principalmente a Bioética latino-americana⁽⁷³⁾. Uma Bioética dos chamados "países periféricos" que ampliou a discussão e a preferência pelas preocupações das chamadas *situações persistentes*, isto é, aos problemas que não deveriam acontecer mais no século XXI, e que são desconsiderados na análise de teorias derivadas de "países centrais"⁽⁷⁴⁾. Entre os principais alertas dessa Bioética, semeados por Berlinguer, e que foi adensando às bioéticas latino-americanas, está a necessidade de inscrever a bioética⁴¹ no contexto de análise política⁽⁷³⁾.

A Bioética latino-americana, tendo como suas principais representantes a *Bioética de Intervenção* e a *Bioética de Proteção*, firmou-se diante da necessidade de novos instrumentos de análise e buscou alternativas para lidar com macroproblemas estruturais, como pobreza, fome, exclusão social e, conseqüentemente, com problemas morais advindos da condição de vulnerabilidades da população dos países do hemisfério sul. Ambas compartilham a equidade e os Direitos Humanos como marcos de intervenção⁽⁷⁰⁾.

A peculiaridade da Bioética de Proteção é o enfrentamento da condição de abandono de grupos que não conseguem usufruir da vida com dignidade, ou seja, parte da necessidade de priorização de análise de grupos vulneráveis⁽⁷⁵⁾. Já a proposta de Bioética de Intervenção se destaca pelo marco da corporeidade, numa perspectiva de localizar no corpo a concretude social, tomando o prazer e a dor como indicadores de análise⁴²⁽⁷⁴⁾. Nesse sentido, esse capítulo resgatará o pilar da corporeidade, anunciado na Bioética de Intervenção, que solidifica a questão das

⁴¹ O termo Bioética surgiu nos anos setenta com Van Rensselaer Potter, que teve por objetivo reestabelecer e ampliar o vínculo entre as Ciências da Vida e a Ética, não se limitando à prática médica, mas em quatro bioproblemas: a multiplicação das doenças e epidemias, a fome, a explosão demográfica e a degradação ambiental. No entanto, a expansão do termo Bioética ocorreu enquanto uma disciplina centrada na área biomédica e nas descobertas biotecnológicas durante nos anos de 1980, pelo *Princípioalismo* dos norte-americanos Beauchamp e Childress. Somente no final dos anos de 1980 e início dos anos 1990, iniciou-se uma fase de novos referenciais teóricos e práticos que se fundamentavam basicamente em críticas aos quatro princípios fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Uma das correntes críticas surgiu no Brasil, que questionou com veemência a insuficiência e impotência da Bioética hegemônica em analisar macroproblemas éticos persistentes ou cotidianos⁽⁷⁴⁾.

⁴² As bases conceituais da Bioética de Intervenção no início de sua construção tiveram como ponto de partida o utilitarismo para a equidade e o consequencialismo solidário e crítico, que atualmente estão sendo revisitados e se inscrevendo também numa perspectiva politizada de estudos sobre colonialidade⁽⁷⁹⁾.

drogas como um problema persistente e alerta *sobre a dor de existir, sobre o desamparo que marca a trajetória dos humanos e a necessidade fundamental de sua analgesia*, compreendendo então o uso de drogas como uma *necessidade de suportar o insuportável e de viver, pura e simplesmente, a vida*⁽²⁾.

Nery, Lorenzo e Diz compreendem o uso de drogas numa perspectiva populacional e coletiva, não como causa de problemas, e sim como consequência de uma *insuportável desigualdade social*⁽²⁾. Para esses autores, as políticas públicas devem ser criadas substituindo as intervenções orientadas pelo preconceito, exclusão ou *simplesmente apoiadas na ideia de um mal demoníaco*. Dessa forma, denunciam a distância entre Saúde Mental, Saúde Coletiva e Bioética Brasileira. Mais do que isso, afirmam negligência desses campos do conhecimento em relação à questão das drogas:

Pensar bioeticamente as questões relacionadas às drogas no mundo contemporâneo não é pensá-la unicamente na dimensão estreita das relações familiares, nem concebê-la como causa direta de mal-estar social, mas antes pensá-la analiticamente como consequência de contextos socioeconômicos e políticos. Da mesma forma, a ausência ou inadequações de políticas e programas adequados à prevenção, redução de danos ou tratamento de usuários devem ser investigados como resultados também de uma moralidade estigmatizante e imobilizadora que se infiltra advertida ou inadvertidamente nas estruturas sociais⁽²⁾.

Além disso, pretende se aproximar dos pressupostos da teoria crítica diretamente envolvida na conformação dos conflitos globais de saúde, adequadamente aplicados ao conflito ético entre Proibicionismo e Redução de Danos⁽⁷⁵⁾.

A Bioética Global somente se consolidou a partir de 2005, com a publicação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), ao adotar uma linguagem ética universal⁽⁷⁶⁾. A DUBDH reconhece que a saúde não depende somente dos desenvolvimentos das pesquisas científicas e tecnológicas, mas também da análise de fatores psicossociais e culturais^(76,77). A interface entre Bioética e Direitos Humanos está no compartilhamento do parâmetro ético como um sistema formal que protege valores e princípios bioéticos universais^(70,80).

Mesmo reconhecendo que a DUBDH possui como objetivo orientar os Estados na formulação de sua legislação e políticas e que seus princípios devem ser considerados em sua totalidade, de forma complementar e inter-relacional⁽⁷⁷⁾, optou-se, metodologicamente, focar em três princípios para a análise do conflito ético

apresentado, mas que serão, por vezes, articulados a outros princípios. Os princípios eleitos para o trabalho foram: *Autonomia e Responsabilidade Individual; Responsabilidade Social e de Saúde; e Não-Discriminação e não-Estigmatização*⁴³.

A DUBDH menciona que a interpretação de cada princípio deve ser circunstancial: *cada princípio deve ser interpretado no contexto dos demais, de forma pertinente e adequada a cada circunstância*⁽⁷⁷⁾. Assim sendo, a opção por esses três princípios é uma tentativa, não exaustiva, de um possível olhar à temática, sem deixar de esclarecer que a limitação da aplicabilidade dos princípios é definida em conformidade às legislações consoantes aos direitos humanos, às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

3.1. Autonomia e Responsabilidade Individual

O princípio da autonomia em bioética é talvez o princípio mais discutido e, sem dúvidas, o mais valorizado na corrente norte-americana principialista de Beauchamp e Childress⁴⁴. Segundo os críticos, a concepção sobre o respeito à liberdade de decidir sobre aspectos particulares de sua condição de vida, influenciada fortemente pelas teorias de Kant e John Stuart Mill, é dominante na resolução de conflitos bioéticos, principalmente quando é necessário fazer uma escolha entre um princípio e outro.

Garrafa, Martorell e Nascimento⁽⁸²⁾ realçam nas críticas ao *Principialismo* a distinção entre regras morais e ideais morais. Enquanto os primeiros devem ser seguidos sob risco de punição, os ideais morais estão na ordem de estímulo e prevenção, sem obrigações. No caso do princípio da autonomia, Beauchamp e Childress transitam, em exemplos predominantemente da relação médico-paciente, na dimensão do dever em respeitar a decisão autônoma e na promoção de situações que favoreçam essa decisão. No entanto, os autores críticos salientam a impossibilidade de um princípio ser estabelecido como regra moral, ser seguido a todo tempo e por todos. Essa transitoriedade entre regra e ideal pode gerar, em

⁴³ Esses princípios se referem, respectivamente, aos artigos 5º, 14º e 11º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

⁴⁴ Beauchamp e Childress, em sua obra *Princípios da Ética Biomédica*, atualmente na 7. edição, são criticados essencialmente por determinar colagens de importantes teorias éticas conjuntas, sem hierarquia ou ordem pré-estabelecida, que funcionam como obrigações que devem ser cumpridas *prima facie*, ou seja, desde que não entrem em conflito e que não existam razões mais fortes ou cogentes para transgredi-los⁽⁸¹⁾.

determinadas situações, a imparcialidade do dever moral e ganhar a parcialidade do ideal moral.

A utilização *prima facie* dos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, como primazias no enfrentamento dos principais dilemas morais, adotam a beneficência e não-maleficência como os princípios relativos à tradicional ética médica paternalista, que correspondem respectivamente a obrigação moral de agir em benefício de outros e o dever de não infligir mal ou danos⁽⁸³⁾. O princípio da não-maleficência possui mais rigor e caráter de viabilidade, ou seja, em alguns casos deve suplantar a beneficência, especialmente se o ato de beneficiar envolver uma ação moralmente errada:

O princípio da não maleficência é o único que não faz a confusão entre dever e ideal moral: a expressão “não faça o mal” deve ser aplicada a todos em todos os momentos, sendo um ponto de acordo entre os críticos e os autores do princípalismo⁽⁸²⁾.

Verifica-se que a lógica proibicionista às drogas se justifica fundamentada na aplicabilidade do princípio da não-maleficência, no qual determina uma regra *a priori*, por meio de suas políticas, cuja premissa de evitar danos é preferível. A Redução de Danos, por outro lado, pode ser justificada pelo princípio da autonomia, sendo que sua restrição é compreendida como forma de paternalismo, à despeito do fato de que as escolhas arriscadas das pessoas podem ser informadas, voluntárias e autônomas. Evidencia-se a falta de clareza na aplicação do princípio da autonomia e sua posição de flexibilidade. Ao mesmo tempo que a não-maleficência é apresentada como regra moral.

Refletir sobre a autonomia do uso de drogas, a partir da proposta bioética norte-americana, é a ausência de questionamento ao tipo de autonomia que se está se referindo, adaptada e centrada na produção racional de pensamento eurocêntrico, no qual o proibicionismo e a própria redução de danos encontram justificativas éticas aceitáveis, como discutido no segundo capítulo, a partir de teorias éticas fundamentais. Para refletir criticamente acerca da autonomia e responsabilidade individual nas políticas sobre drogas brasileiras, é preciso *pensar desde o Sul*.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos discorre sobre o princípio da autonomia e responsabilidade individual da seguinte forma:

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando **possam ser responsáveis** por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para **proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia**⁽⁷⁷⁾.

O princípio da autonomia e responsabilidade individual, *desde o Sul*, é diferente das concepções liberais desde o Norte, no qual há uma supervalorização, por vezes, uma percepção egoísta, de conceber o indivíduo: “capaz de anular qualquer visão inversa, coletiva e indispensável ao enfrentamento das tremendas injustiças relacionadas com a exclusão social”⁽⁷⁴⁾. O foco da discussão da autonomia do indivíduo no uso de drogas no Brasil, e a responsabilidade legítima para ser exigida no sentido de preservar sua saúde, devem ser diferentes de qualquer outro país de moralidade individualista, que minimiza o princípio de justiça social e pretere a discussão de equidade.

Berlanger assinalou a importância de compreender que os danos atingem as pessoas e as populações seletivamente, “de acordo com as condições de iniquidade, na proporção inversa ao patrimônio, à instrução e ao poder”⁽¹⁾. Ou seja, não é possível conceber danos a partir da droga, muito menos da condição individual de um sujeito, é preciso partir da sociedade e da sua relação com as drogas. A Redução de Danos no Brasil precisa *pilotar com sua própria cabeça*⁴⁵, compreender que o acesso às soluções também é seletivo e que não parte de uma simples reprodução acrítica de princípios e práticas desenvolvidas em outros países. É preciso identificar o contexto moral brasileiro sobre drogas e como sua abordagem pode ser melhor aplicada.

Nesse contexto não é possível pensar o princípio da autonomia e da responsabilidade individual, constante na DUBDH, sem fazer a articulação a outro princípio: o respeito à *vulnerabilidade humana e à integridade individual*⁴⁶, cujo conceito de proteção é o mais adequado para o contexto latino-americano. Aqui não se pretende restringir um princípio em favor do outro, não se trata de um conflito entre autonomia e beneficência, como propõe a ótica reducionista do *Princípioalismo*, mas trata-se da complementariedade entre princípios: vulnerabilidade e autonomia.

Uma das proeminentes bioéticas latino-americanas, a Bioética de Proteção, se debruça sobre os problemas morais envolvidos pela vulnerabilidade humana, por

⁴⁵ A expressão “pilotem suas próprias cabeças” foi adotada por Garrafa, Martorell e Nascimento ao convocar os países do Sul a criticar e a aplicar princípios bioéticos em seus contextos sociais⁽⁸²⁾.

⁴⁶ Trata-se do artigo 8 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

meio da perspectiva da condição existencial de indivíduos, submetidos a danos percebidos como carências concretas, condições que privam as pessoas de ter uma vida digna e que favorecem a violação de outras liberdades⁽⁷⁵⁾. Os dilemas morais só podem ser resolvidos protegendo os afetados, para que estes possam desenvolver suas potencialidades até que consigam sair da condição que os vulnerabiliza. A priorização dos grupos vulnerados, daqueles que independente de suas vontades não são capazes de se defenderem sozinhos e saírem das condições desfavoráveis, é necessária para o enfrentamento do abandono e desamparo primordial, inerentes às sociedades contemporâneas⁽⁷⁵⁾.

É nessa perspectiva que o uso de drogas deve ser abordado em políticas públicas, pois não se trata de compreender o uso como direito individual, mas compreender o uso como possibilidade de enfrentamento a dor da existência, em sociedades em que a vida moralmente digna é aquela cujos direitos humanos são reivindicados como necessários ao convívio humano. Portanto, devem ser garantidos. A solução que aqui se propõe é de uma Redução dos Danos que dê preferência aos danos negativos, da falta, da carência e do abandono. Além disso, uma Redução de Danos que se propõe a questionar danos provenientes de supostos meios de proteção, que se tornam formas de estigmatização, controle e interdição, como as indicadas pelo proibicionismo e a guerra às drogas.

Meireles e Oliveira discutem os aspectos que fragilizam modelos utilitários como proposta de combate às iniquidades na saúde global, principalmente por escolher regras e intervenções práticas que visam resultados moralmente corretos em grande escala⁽⁸⁴⁾. É o que se propõe a Redução de Danos na perspectiva utilitarista. As pesquisadoras afirmam que o cenário atual de Bioética Global necessita que regras e estratégias invocadas por entidades responsáveis pelas políticas de saúde sejam revisitadas:

Por norma, devemos aceitar regras que ao serem seguidas permitam, regularmente, promover o bem-estar geral e suprimir a necessidade de novamente invocar o princípio para determinar a correção de ações desenvolvidas no domínio de validade das ditas regras⁽⁸⁴⁾.

Uma discussão realizada sobre a Bioética da proteção e a legalização de drogas no Brasil refuta que haja a compreensão de uma autonomia absoluta que desconsidera as situações de agravamento da vulnerabilidade⁽⁸⁹⁾. Nesse sentido, o

uso de drogas deve ser compreendido a partir das situações de uso que tornam os usuários vulnerados e, portanto, necessitados da ação de proteção do Estado.

3.2 Responsabilidade Social e de Saúde

Imediatamente após a aclamação da Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos - DUBDH, o Comitê Internacional de Bioética da UNESCO – IBC - iniciou a reflexão sobre a aplicabilidade e a interpretação do princípio mais inovador da declaração⁽⁹⁰⁾. Por representar a perspectiva global de problemas de saúde, que atingem as pessoas de forma semelhante, embora em condições diferentes, com implicações que variam conforme culturas e tradições, o artigo 14^o dispõe sobre o princípio da responsabilidade social e da saúde⁴⁷.

Abrindo as perspectivas de ação, que vão além da ética médica e alargando significativamente a agenda bioética, o princípio da responsabilidade social e de saúde considera questões políticas e sociais fundamentais relacionadas à prestação de cuidados de saúde:

Artigo 14 – Responsabilidade social e de saúde

a) **A promoção da saúde e do desenvolvimento social** para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) **considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo ser humano**, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar:

- (I) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano;
- (II) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade;
- (III) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente;
- (IV) a eliminação da marginalização e da exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; e
- (V) a redução da pobreza e do analfabetismo.

O princípio convoca os decisores políticos a refletir sobre as preocupações práticas da bioética, a partir de cinco elementos específicos, identificados como

⁴⁷ O relatório produzido no âmbito do IBC sobre Responsabilidade Social e de Saúde foi iniciado em 2005, na décima segunda sessão do Comitê, imediatamente após a adoção da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. O relatório, publicado em sua segunda versão em 2009, declara que seu conteúdo não pretende ser exaustivo, nem prescritivo e não representa necessariamente a posição dos Estados membros da UNESCO. O relatório propõe abordar as questões de saúde pública do ponto de vista bioético, desenvolvendo as dimensões éticas e legais e enriquecendo a reflexão sobre a aplicação do princípio⁽⁹⁰⁾.

prioritários e universais para tomada de decisão, que envolvem questões urgentes em muitos países e que não podem se limitar às fronteiras geográficas dos Estados: a) acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, b) acesso a nutrição e água adequada; c) melhoria das condições de vida e do ambiente; d) eliminação da marginalização e exclusão de pessoas com base em qualquer fundamento; e) redução da pobreza e do analfabetismo⁽⁹⁰⁾.

O relatório do IBC não cita o Proibicionismo às drogas como um dos principais problemas de Saúde Pública a ser discutido pela bioética. O uso de drogas, quando encarado como problema de saúde pública na moralidade hipócrita do Proibicionismo, é percebido somente pela ótica do crime e/ou da doença, ou seja, marcado por seguidos limitadores de direitos, principalmente àqueles que justificam a abstinência como único tipo de tratamento, que defendem a criminalização e a internação compulsória. Essa perspectiva esconde as desigualdades e os tipos de tratamentos desumanos que demarcaram a história do Proibicionismo, da psiquiatria, das limitações da Redução de Danos utilitarista, descritos no discurso do proibir e do cuidar da moral hipócrita sobre as drogas, apresentado nos dois primeiros capítulos deste trabalho.

Destaca-se que refletir sobre o conflito ético apresentado neste trabalho, a partir do princípio da Responsabilidade Social e de Saúde, é primeiramente debruçar-se sobre como as drogas se inserem em condições globais de saúde, marcadas por desigualdades, principalmente devidas à pobreza e à falta de acesso aos serviços de saúde. Ou seja, não se pode refletir sobre as drogas como uma problemática de saúde pública, apartada da perspectiva de desigualdade social, presente predominantemente nos países periféricos. Essa é uma reflexão da Bioética Global, enquanto instrumento adequado para problemas de saúde que extrapolam o controle dos países:

[...] uma força política global, historicamente determinada, que pode contribuir para a superação das condições que mantêm o mundo em persistente situação de desigualdade e injustiça, sobretudo ao enfrentar os conflitos das políticas de saúde e desenvolvimento estabelecidos no plano internacional⁽⁸⁰⁾.

O artigo 14º versa sobre a promoção da saúde e do desenvolvimento social como objetivo central dos governos, partilhados por todos os setores da sociedade. O IBC é enfático ao afirmar que não se trata somente de um propósito, mas de um objetivo de deliberada política governamental⁽⁹⁰⁾, que não depende apenas de

decisões individuais, ou governos particulares, mas de complexas relações políticas, econômicas, sociais e culturais, reafirmando o caráter da Bioética Global constante na DUBDH. No entanto, não há uma crítica da aproximação da bioética a tópicos de saúde global já encampados por entidades que definem políticas de saúde internacionalmente. Pelo contrário, o relatório do IBC apresenta respeito e preocupação em não duplicar o trabalho ou os debates já abordados em particular pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ligada à Organização das Nações Unidas (ONU).

O relatório do IBC começa com uma parte descritiva sobre os determinantes sociais da saúde e restrições ao acesso à saúde, temas que ganharam maior relevância internacional no início do século XXI, a partir da constatação de coexistência dos avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e a extrema privação e desigualdade de acesso. Foi no mesmo ano da aclamação da DUBDH que a OMS estabeleceu a Comissão sobre Determinantes Sociais em Saúde e, três anos depois, afirmando que as desigualdades sociais matam as pessoas em larga escala, recomendou aos países: melhorar as condições de vida no dia a dia; combater o problema da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; mensurar e compreender melhor as desigualdades de saúde e avaliar o impacto das ações de políticas públicas.

Não há dúvidas que a relação entre pessoas e as drogas na produção de saúde-doença se apresenta por determinantes sociais globais. No entanto, utilizar as Bioéticas Críticas de Intervenção e de Proteção é denunciar entidades hegemônicas numa perspectiva de enfretamento e de busca por alternativas. A partir do princípio da Responsabilidade Social e de Saúde da DUBDH e das Bioéticas Críticas é possível responsabilizar os organismos internacionais que se envolveram no cuidado das drogas e contribuíram no reforço dos ideais morais estruturais do Proibicionismo.

A primeira responsabilização seria na concepção de saúde adotada. O relatório do IBC demonstra certa crítica à concepção de saúde como um bem social ou público, por envolver teorias que imprudentemente compreendem a saúde como mercadoria, passível de contratualização. Há uma sinalização de que essa concepção compromete os países na busca de uma distribuição equitativa dos recursos de saúde. As políticas públicas sobre drogas construídas por uma

investigação crítica comprometida devem superar e, primeiramente, se posicionar sobre qual concepção de saúde adotada pelo tomador de decisões.

Cunha, à luz da Bioética Crítica, analisou a definição da pauta da saúde na agenda do desenvolvimento pós-2015, e encontrou como a maior fragilidade do documento internacional a omissão de referências ao direito à saúde ou direito humano à saúde. Segundo o pesquisador, a omissão ao “direito humano à saúde” não ocorreu por “esquecimento”, mas por uma escolha deliberada dos formuladores do relatório que definiram a saúde como de “fundamental importância” e não como “direito fundamental”:

Não são necessárias técnicas sofisticadas de análise de discurso ou de hermenêutica jurídica para compreender as implicações de nomear a saúde como “direito fundamental” ou como de “importância fundamental”, especialmente ao considerar os processos históricos e atualidade na disputa ideológica a respeito do tema. Em segundo lugar, ao aludir a defesa por “acesso a serviços de saúde de qualidade e eficazes”, o documento explicitou o posicionamento que substitui a linguagem dos direitos e de uma compreensão integral da saúde em favor da perspectiva mercadológica de serviços e produtos básicos⁽⁸⁰⁾.

O que Cunha nos alerta é possível de se aplicar às políticas sobre drogas, a negação da responsabilidade da comunidade internacional na manutenção de condições estruturais que perpetuam as desigualdades globais em saúde. A saúde pública é a justificativa para todas as convenções internacionais sobre drogas. No entanto, não se discute qual concepção de saúde é almejada.

Ao mencionar todos os setores da sociedade, o princípio propõe um amplo âmbito de aplicação, não se limitando ao setor saúde, mas determina que nenhum setor pode se eximir da responsabilidade sobre esse objetivo. No entanto, o IBC reconhece a dificuldade de identificar um representante natural ou eleito de um “setor da sociedade” para endereçar críticas, e que este seja capaz de agir sobre elas, revelando a problemática do escopo de aplicação tão vasto do princípio. Não há referência à reflexão ao debate intersetorial, que por si só não significa uma solução pronta. Pelo contrário, Akerman, Sá, Moyses, Resende e Rocha alertam para as dificuldades de uma práxis intersetorial, que atualmente se apresenta mais como ativismo do que uma teoria desenvolvida e fundamentada como marco de análise para pesquisas e avaliação: “Não há banco de “intersectorialidade” congelada. Cada situação-problema ou território irá demandar uma resposta diferenciada de articulação, adquirindo seu DNA próprio”⁽⁹¹⁾.

A polissemia do vocábulo intersectorialidade aponta para pluralidade de atuação do Estado, que varia de acordo com conjunturas ideológicas, políticas e econômicas. Segundo os autores, o debate intersectorial pode se apresentar em três níveis: o primeiro nível seria aquele de compartilhamento de responsabilidades, no qual o Estado se coloca como mínimo e utilitarista, o segundo nível se apresenta como racionalizador, no qual, buscando a eficiência, detecta fragmentações nas políticas e nas ações que comprometem a efetividade do Estado; e o terceiro nível, que como apontam os pesquisadores, ainda está por vir, seria aquele de decisão ético-política deliberada, em que a gestão e as políticas servem ao interesse comum e retoma o papel reconstrutivo do Estado. Partindo dessa compreensão sobre intersectorialidades, não há ainda um modelo intersectorial pronto de política pública sobre drogas a ser oferecido.

Uma decisão ético-política deliberada de intersectorialidade, que retoma o papel reconstrutivo do Estado frente ao conflito existente entre o Proibicionismo e a Redução de Danos, pode ser aquela que articula atores que lutam por direitos universais, atualmente ameaçados no Brasil.

3.3 Não-Discriminação e Não-Estigmatização

Usar drogas é característica essencial do ser humano. No entanto, esse comportamento, em determinadas condições, é julgado por referências aviltantes e se tornou um exemplo comum de estigma. Goffman salienta que estigma não é somente uma *característica profundamente depreciativa*, pois o atributo que estigmatiza um indivíduo pode confirmar a normalidade de outro⁽⁹²⁾. Para o renomado sociólogo, estigma é um tipo especial de relação entre o atributo e o estereótipo, ou seja, entre as características de um indivíduo e as categorias socialmente previstas. Assim sendo, a estigmatização ao uso de drogas não se refere exclusivamente ao comportamento e suas possíveis consequências, mas é essencialmente relacionada ao que foi moral e socialmente construído sobre a relação entre o homem e a droga.

Alguns estudos sugerem que há diferentes níveis de estigma relacionados ao uso de drogas⁽⁹³⁾. O grau de estigmatização e os diferentes níveis de aceitabilidade social podem variar de acordo com o tipo de droga (seus efeitos), com a via de administração (inalada, ingerida, fumada e injetável), com o potencial dano

associado, com sua legalidade, com as cenas de uso (na rua, no ambiente privado, em festas), ou com o perfil dos usuários (escolaridade e classe socioeconômica). Um exemplo clássico está na comparação entre crack e cocaína em pó, drogas farmacologicamente semelhantes, no entanto, o uso do crack é muito mais estigmatizado⁽²⁹⁾. Já a cocaína em pó está relacionada a indivíduos de status social elevado, com referência ao glamour de artistas e famosos, o que se opõe ao que denominamos de estigma.

Conforme descrito no primeiro capítulo, o “doente” ou o “criminoso” são as denominações estigmatizantes correntes que deram contorno à problemática das drogas, em todo o mundo, e foram utilizadas pelos Estados para justificar severas intervenções estatais, a partir de aparatos institucionais, jurídicos e econômicos, pautados no modelo de políticas públicas proibicionistas e de “Guerra às Drogas”. As políticas públicas antidrogas criadas utilizaram o “punir” e o “cuidar” como ações máximas do Estado e se apresentam como modelos que reforçaram e ainda reforçam substancialmente o estigma aos usuários⁽⁹⁴⁾. A Universidade da ONU questionou a Guerra às Drogas e afirmou que a estigmatização é parte importante da narrativa dos governos que reprimem o uso de drogas⁽⁹⁵⁾.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos tem, em seu 11º artigo, o princípio da *Não Estigmatização e Não Discriminação*:

Artigo 11º - Não Estigmatização e Não Discriminação
Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação à dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais⁽⁷⁷⁾.

Godoi e Garrafa salientam a importância do artigo associar estigma e dignidade humana. Para os autores: “um só existiria na negação do outro”⁽⁹⁶⁾. Os autores se apoiam na definição kantiana de dignidade humana, uma qualidade intrínseca da pessoa, irrenunciável, inalienável e indisponível. No entanto, salientam que ainda que se pretenda como valor universal, a dignidade humana acaba sendo relativizada devido a fatores históricos e sociais. Segundo os autores, a bioética deve promover a discussão necessária no sentido de impedir práticas estigmatizantes e discriminatórias que reforçam desigualdades sociais.

Em 2013, o Comitê Internacional de Bioética (IBC) publicou um relatório no qual esclarece sobre o alcance e o significado do princípio da *Não Estigmatização e Não Discriminação*. O relatório ressalta a importância de se observar os valores

éticos em situações que possam levar à discriminação e à estigmatização dos seres humanos. Para isso, destaca-se a necessidade de expandir o escopo da bioética a questões éticas relacionadas à medicina, às ciências da vida e tecnologias associadas quando aplicadas aos seres humanos, levando em conta suas dimensões sociais, políticas, legais e ambientais⁽⁹⁷⁾.

O IBC assumiu em seu relatório que o artigo 11º é reduzido ao seu conteúdo e que não apresenta quais seriam as situações previstas nesse sentido⁽⁹⁷⁾. O artigo não prevê uma lista de práticas discriminatórias ou estigmatizantes, somente explicita que discriminar ou estigmatizar por qualquer motivo ou razão é proibido. Para os integrantes do IBC, algumas práticas são claramente discriminatórias, no entanto, em alguns casos, os riscos de discriminação ou estigma não são tão claramente discerníveis, e por isso a necessidade desse princípio de forma tão resumida na DUBDH.

O relatório afirma que, diferentemente da discriminação, a estigmatização é “mais uma preocupação social do que um conceito legal”⁽⁹⁷⁾. A não discriminação já é enraizada no direito internacional dos direitos humanos com algumas previsões legais de punição e medidas de prevenção. Nesse sentido, o IBC afirma que a estigmatização pode estar incluída no conceito de discriminação, pois características que essencialmente possuem efeito de descrédito, defeito, fraqueza ou desvantagem, estão sujeitas à discriminação⁽⁹⁷⁾. O posicionamento do IBC é que impor um estigma sobre uma pessoa é favorecer um possível tratamento de desrespeito e ressalta que em tempos de depressão econômica e de escassez de recursos, ou quando interesses estão ameaçados, não é incomum a busca de “bodes expiatórios” para explicar o sofrimento e influenciar ações.

Não há dúvidas de que o posicionamento do IBC é claro quanto ao combate ao estigma e à discriminação. No entanto, apesar de oferecer exemplos de problemas emergentes e persistentes, são exemplos clássicos para a Bioética, que envolvem inovações tecnológicas da área médica, doenças infecciosas historicamente estigmatizadas, como o caso da aids e das doenças tropicais negligenciadas, e sua relação às condições de pobreza e exclusão social⁴⁸.

⁴⁸ Os exemplos contextuais, descritos no relatório do IBC sobre o princípio da *Não Estigmatização e Não Discriminação*, foram apresentados a partir dos riscos e possíveis cursos de reflexão e ação. Foram desenvolvidos problemas persistentes em bioética como as doenças tropicais negligenciadas, o HIV e a aids, a doação, transplante e tráfico de órgãos; e problemas emergentes como os últimos desenvolvimentos sobre Biobancos, Nanotecnologia e Neurociência.

Destaca-se a importância de se trazer ao debate bioético o estigma e a discriminação de temas diferentes daqueles já discutidos no relatório do IBC. Como Berlinguer assinalou, é importante trazer à discussão temas da bioética cotidiana, determinados pelas desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação⁽¹⁾.

O estigma e a discriminação relacionados a pessoas que usam drogas no Brasil dizem respeito ao que Bastos define como *sujeição criminal*, o potencial criminoso, determinado pelo Proibicionismo. Nas palavras de Bastos:

No caso do uso de drogas ilícitas (dentre eles o uso de crack), por exemplo, a criminalização da posse individual coloca o usuário na condição de outsider, ser à margem, pois infringe algo que a sociedade convencionou como norma, e, portanto, está errado ou fora da regra/fora da lei. Este pano de fundo de indefinições quanto aos critérios que classificam usuário e traficante, e a própria situação de uso, que por si só coloca o indivíduo em condição desviante por ser objeto de estigmatização e criminalização, dá margem à criação de um estereótipo de suspeito, muitas vezes associado ao estigma de indivíduo agressivo e perigoso, o que tem relação estreita com o conceito de “sujeição criminal”⁽⁹⁸⁾.

Resgatando o papel propositivo da Bioética, comprometida com a equidade e com a justiça, no qual orienta a tomada de decisão em políticas públicas sobre drogas, é preciso atuar no impedimento de práticas estigmatizantes e discriminatórias. Para isso, é essencial que seja denunciado o marcador de estigma dos sujeitos vulneráveis ao uso de drogas. Apoio-me no marco teórico da corporeidade da Bioética de Intervenção, que não se limita à dimensão fisiológica, mas ao corpo físico como a estrutura que sustenta a vida social:

A defesa do reconhecimento da concretude humana advogada pela bioética de intervenção pauta-se na ideia de que qualquer abordagem ou dimensão a partir da qual se analise o ser humano será calcada a priori sobre o corpo humano; sobre as interpretações que o senso comum e que cada área do conhecimento lhe atribui. Como veículo da existência física, ele é o universal óbvio⁽⁷⁴⁾.

A marca no corpo, de quem criminalizado pela política sobre droga no Brasil, tem signo determinante: a corda pele. Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias-INFOPEN 2014: “Dois em cada três presos são negros. Ao passo que a porcentagem de pessoas negras no Sistema prisional é de 67%. Na população brasileira em geral, a proporção é significativamente menor (51%)”⁽⁹⁹⁾.

Outra marca determinante é o gênero: “uma das principais heranças das Guerras às Drogas é que delitos relacionados a drogas são a principal causa de

encarceramento, especialmente de mulheres, o que levou ao aumento em mais de 50% da população carcerária brasileira”⁽¹⁰⁰⁾. Segundo o INFOPEN:

o encarceramento feminino obedece a padrões de criminalização muito distintos do que o do público masculino. Enquanto 25% dos crimes pelos quais os homens respondem estão relacionados ao tráfico, para as mulheres essa proporção alcança a ordem de 63%⁽⁹⁹⁾.

Assim sendo, a Bioética tem a ofertar aos tomadores de decisão em políticas públicas sobre drogas os proeminentes fatores racial e de gênero: “estigmas universais óbvios”. Não há como falar de políticas sobre drogas no Brasil sem inserir elementos que envolvem gênero, racismo e os demais marcadores sociais envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do desenvolvimento da dissertação, busquei compreender o fenômeno moral das drogas, a partir do conflito entre o *Proibicionismo* e a *Redução de Danos*. Para alcançar tal objetivo, primeiramente me debrucei sobre a densa contextualização histórico-teórica, sistematizando criticamente os principais marcos da moral sobre drogas, fundamentada em dois discursos proeminentes: o proibir e o cuidar. Recorri também a dados que ilustram a trajetória da Justiça e de Saúde Pública brasileiras, para ilustrar o contexto descritivo.

Para o alcance do objetivo central, apresentei as fundamentações teóricas filosóficas dos polos do conflito, referenciais que justificavam o Proibicionismo, a partir de uma abordagem deontológica, e a Redução de Danos, tendo por base uma abordagem consequencialista. Apesar da pouca intimidade da pesquisadora com a Filosofia, as leituras das obras originais de Kant e Mill e as tentativas de interpretação e análise para produção do texto foram fundamentais para o alcance do objetivo proposto.

Utilizando a perspectiva da Bioética, em seu caráter propositivo, foi desenvolvida uma reflexão crítica sobre o conflito apresentado, tendo por pilares os princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, com o objetivo de orientação à tomada de decisão de gestores de políticas públicas sobre drogas. As Bioéticas de Proteção e de Intervenção foram as vertentes epistemológicas que me auxiliaram nessa análise.

Também como consideração final, pode-se afirmar que, sob a ótica dos referenciais teóricos da bioética, o tema das drogas, e todos os enlaces sociais resultantes deste complexo fenômeno moral, precisam ser debatidos a partir da percepção de vulnerabilidade associada, com ênfase ao antiproibicionismo e aos principais problemas de determinação social: raça e gênero. Esta lógica impõe à Bioética ampliar seu campo de análise e diálogo a questões historicamente debatidas em outros campos do conhecimento.

A partir da revisão do diálogo de bioética e drogas, constatou-se o estágio incipiente de publicação sobre temática drogas e bioética. Além disso, foi verificada uma postura generalizante e abstrata da bioética em relação ao tema drogas, sem tencionar as principais determinações que envolvem o problema. Constata-se que a perspectiva de mudança deve advir da atuação em rede intersetorial, ou seja, na

articulação de ações e agenda comum entre as áreas saúde, justiça, educação, assistência social e articulação com a sociedade civil.

Conclui-se que, a partir dos princípios selecionados - *Autonomia e Responsabilidade Individual; Responsabilidade Social e de Saúde; e Não-Discriminação e não-Estigmatização*, foi possível chegar a três orientações fundamentais para tomada de decisões em políticas sobre drogas no Brasil: 1) a autonomia e a responsabilidade individual sobre o uso de drogas devem ser compreendidas a partir das condições de vulnerabilidades; 2) a ação de proteção do Estado deve se pautar numa perspectiva intersetorial de garantia de direitos; 3) o debate sobre drogas deve priorizar a discussão sobre racismo, discriminação racial e de gênero e demais marcadores sociais envolvidos.

Essas constatações advêm de um olhar sobre as contribuições bioéticas ao tema das drogas, que não se esgotam nesta pesquisa, pelo contrário. Considero esse trabalho um primeiro passo de um caminho contínuo de investigação que a Bioética tem a oferecer ao tema das drogas.

Esta pesquisa, desde o projeto desenvolvido em 2015, teve vários formatos, que variavam entre objetivos e metodologias. No entanto, o conflito entre Proibicionismo e Redução de Danos sempre foi o mote da pesquisa. Um dos limites, durante o processo de desenvolvimento, foi a perda da proposta de análise empírica das políticas nacionais sobre drogas, o que agregaria dados mais substanciais para o alcance dos objetivos propostos.

Outro limitador foi a dificuldade de discorrer sobre parte da minha experiência profissional como ilustração para a análise interpretativa. O estágio desenvolvido, durante o mestrado, em Paris, me trouxe a percepção de três fundamentais características das políticas sobre drogas, que necessariamente me auxiliariam na escolha dos três princípios da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos: a vulnerabilidade social, o Estado protetor e o racismo.

A dimensão posta na discussão do trabalho foi, em certa medida, denunciativa, pois tentou ultrapassar a percepção acrítica e, por vezes, cínica da existência contraditória entre Proibicionismo e Redução de Danos, que perpetua a sujeição a uma ordem moral imposta.

REFERÊNCIAS

1. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2004.
2. Nery Filho A, Lorenzo C, Diz F. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6a ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC; 2014. p. 136.
3. Carneiro H. Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: história e curiosidade sobre as mais variadas drogas e bebidas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
4. Carneiro H. As drogas: objeto da Nova História. Revista USP.1994;23:84-91.
5. Christie T, Groarke L, Sweet W. Virtue ethics as an alternative to deontological and consequential reasoning in the harm reduction debate. International Journal of Drug Policy. 2008;19(1):52-8.
6. Wodak A. Ethics and drug policy. Psychiatry. 2007;6(2):59-62.
7. Mercer T. Aristotle on drugs. The New Bioethics. 2013;19(2):84-96.
8. Keane H. Critiques of harm reduction, morality and the promise of human rights. International Journal of Drug Policy. 2003;14(3):227-32.
9. Kant I. Fundamentação da metafísica dos costumes. tradutor Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70; 1995.
10. Kant I. A metafísica dos costumes. tradutor, textos adicionais e notas Edson Bini. São Paulo: EDIPRO; 2003.
11. Mill, JS. On Liberty. Kitchener, Ontario; 2001.
12. Galvão P. Utilitarismo, de John Stuart Mill. Porto: Porto Editora; 2005.
13. Demo P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2000.
14. Horsburgh D. Evaluation of qualitative research. Journal of clinical nursing. 2003;12(2):307-12.
15. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras História Ciências Sociais. 2009;1(1):1-15.
16. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília; 2011.

17. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2004.
18. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Pública. 1993; 9(3):237-48.
19. Cortina A, Navarro, EM. Ética. 5a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2013.
20. Cortina A. Ética mínima: introdução à filosofia prática. São Paulo: Martins Martins Fontes; 2009.
21. Engelhardt HT. Fundamentos da Bioética. São Paulo: Edições Loyola; 1998.
22. Carneiro H. As plantas sagradas na história da América. Varia História. 2004;32(1):102-19.
23. Boiteux L. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade [tese de doutorado]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo; 2006.
24. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Rev Outubro. 2002;6(1):115-28.
25. Valois LC. O Direito penal da guerra às drogas. Belo Horizonte: D'Plácido; 2016.
26. Carneiro H. Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna. São Paulo: Senac São Paulo; 2010.
27. Rodrigues T. Tráfico, guerra, proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiori M, MacRAE E; Carneiro H, editores. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 91-104.
28. Rodrigues T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. Contexto Internacional. 2012;34(1):9-41.
29. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
30. Boiteux L. A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima. Argumentum. 2015;7(1):17-20.
31. Carvalho S. A política criminal de drogas no Brasil: um estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 8a ed. São Paulo: Saraiva; 2016.
32. Carvalho S. O encarceramento seletivo da juventude negra brasileira: a decisiva contribuição do poder judiciário. Rev Fac de Direito da UFMG. 2015(67):623-52.

- 33.Barreto IF. O uso da folha de coca em comunidades tradicionais: perspectivas em saúde, sociedade e cultura. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2013; 20(2):627-41.
- 34.Costa AM. Making drug control 'fit for purpose': Building on the UNGASS decade. [Statement of the Executive Director of the United Nations Office on Drugs and Crime]; 2008.
- 35.Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva; 1972.
- 36.Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. 3a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
- 37.Amarante PD. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1996.
- 38.Santos FS. A construção do alcoolismo no conhecimento médico: uma síntese. In: Nascimento DR, Carvalho DM, editores. Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 308-322.
- 39.Bento VE. Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. *Psicologia USP*. 2006,17(1):181-206.
- 40.Amarante PD. Reforma psiquiátrica e epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2011:34-41.
- 41.Pinto AT, Ferreira AA. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*. 2010,15(1):27-34.
- 42.Mângia EF. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(3):711-13.
- 43.Birman J. A psicopatologia na pós-modernidade. As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 1999;2(1):35-49.
- 44.Birman J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2014:23-37.
- 45.Organização Mundial da Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol.1. São Paulo: Edusp; 1994.
- 46.Sousa Lino CE. O saber em fracasso na inauguração da psicanálise a partir do episódio da cocaína. *Cadernos CESPUC de Pesquisa. Série Ensaios*. 2016,(28):194-204.
- 47.Ashton M. The Rolleston legacy. *Drug and Alcohol Findings*. 2006;15(1):20-1.

48. Bastos FI, Veloso Filho CL. Critical remarks on strategies aiming to reduce drug related harm: substance misuse and HIV/AIDS in a world in turmoil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015(18) 120-30.
49. Newcombe R. High time for harm reduction. *Druglink*. 1987;2(1):10.
50. Bastos FI. Política de drogas na segunda década do novo milênio: reforma ou revolução? *Argumentum*. 2015;7(1):8-16.
51. UNAIDS. Do no harms: Health, Human Rights and People who use drugs [internet], 2016. [citado em 2017 Jun 8] Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf
52. Adorno S. Lei e ordem no segundo governo FHC. *Tempo Social*. 2003,15(2):103-40.
53. Boiteux L, Pádua JP. A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual política no Brasil. Rio de Janeiro: TNI; 2013.
54. Moura TW, Ribeiro NC. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN: junho de 2014. Brasília: Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional; 2015.
55. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 2014, 8.
56. Camargo Cortina, MO. Mulheres e tráfico de drogas: aprisionamento e criminologia feminista. *Estudos Feministas*. 2015,23(3):761-78.
57. Teixeira IB. Expurgos urbanos: Epidemos e gestão pena na política de enfrentamento ao crack [dissertação de mestrado]. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Ciência Sociais, Universidade de Brasília; 2015.
58. Machado AR, Miranda PS. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2007;14(3):801-21.
59. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Editora FIOCRUZ, 2008.
60. Amarante, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia*; 1997. p. 163-185.
61. Grangeiro A, Lindinalva LS, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev panam salud pública*. 2009;26(1):87-94.
62. Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: UFBA; 2004. p. 87-98.

63. Domanico A. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil [tese de doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
64. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, editores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-64.
65. Gallassi AD, Santos V. A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas. Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2014;22(1):1-4.
66. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). Guia do projeto consultório de rua. Brasília; 2011.
67. Mesquita F, Bastos FI. Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec; 1994.
68. Bentham J. Uma introdução aos princípios da moral e da legislação. São Paulo: Abril Cultural; 1979. (Coleção Os Pensadores)
69. Oliveira C. O utilitarismo em John Stuart Mill. Revista Dissertatio de Filosofia. 2015;41(1):11-29.
70. Oliveira AAS. Interface entre Bioética e Direitos Humanos: perspectiva teórica, institucional e normativa [tese de doutorado]. Brasília: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2010.
71. Kottow, M. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Editora Gaia; 2006. p. 25-45.
72. Feitosa SF. O processo de territorialização epistemológica da Bioética de intervenção: por uma prática Bioética libertadora [tese de doutorado]. Brasília: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2015.
73. Garrafa V, Amarante PDC. Giovanni Berlinguer: entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. Saúde Debate. 2015;39(107):912-19.
74. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética. 2005;13(1):111-23.
75. Schramm FR. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. Revista Bioética. 2009;16(1):11-23.
76. Cunha T, Lorenzo C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. Rev Bioét. 2014;22(1):116-25.

- 77.UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Editora Gaia; 2006.
- 78.Fortes PA, Carvalho RR, Tittanegro GR, Pedalini LM, Sacardo DP. Bioética e saúde global: um diálogo necessário. Rev Bioét. 2012;20(2):219-25.
- 79.Nascimento WF, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. Saúde e Sociedade. 2011;20(2),287-99.
- 80.Cunha TR. Bioética crítica, saúde global e a agenda do desenvolvimento. [tese de doutorado]. Brasília: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2015.
- 81.Clouser KD, Gert B. A critique of principlism. Journal of Medicine and Philosophy. 1990;15(2):219-36.
- 82.Garrafa V, Martorell LB, Nascimento WF. Críticas ao principlismo em bioética: perspectivas desde o norte e desde o sul. Saúde e Sociedade. 2016;25(2):442-51.
- 83.Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 2001.
- 84.Meiros AC, Oliveira CC. Bioética e saúde global: cuidados primários como instrumento de justiça social. Rev Bioét. 2012;20(1):28-40.
- 85.UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on Social Responsibility and Health; 2010.
- 86.Hunt N, Ashton M, Lenton S, Mitcheson L, Nelles B, Stimson G. A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. London: Forward Thinking on Drugs; 2003.
- 87.Raistrick D. Report of Advisory Council on the Misuse of Drugs: AIDS and drug misuse update. Addiction (Abingdon, England). 1994;89(10):1211-13.
- 88.Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, editores. Estatuto epistemológico de la bioética. México; 2006. p. 67-85.
- 89.Pereira LC, Jesus IS, Barbuda AS, Sena ELS, Yarid SD. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. Rev. Bioét. 2013 ago;21(2):365-74.
- 90.UNESCO, Bioethics Committee I (IBC). Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and a Non-stigmatization; 2014.
- 91.Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade: IntersetorialidadeS! Ciência e Saúde Coletiva. 2014;19(11):4291-300.

92. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 3a ed. Rio de Janeiro: Editores Z; 1980.
93. Palamar JJ, Kiang MV, Halkitis PN. Predictors of Stigmatization Towards Use of Various Illicit Drugs Among Emerging Adults. *J Psychoactive Drugs*. 2012;44(3):243-51.
94. Williamson L, Thom B, Stimson G V, Uhl A. Stigma as a public health tool: Implications for health promotion and citizen involvement: A response to Bayer and Fairchild. *Int J Drug Policy*. 2015;26(7):615-6.
95. University UN. What Comes After the War on Drugs: Flexibility, Fragmentation or Principled Pluralism? [internet] 2016. [citado em 2017 jul 03]. Disponível em:
http://collections.unu.edu/eserv/UNU:3304/UNU_Drug_Policy_Online_Final.pdf
96. Godoi AM, Garrafa V. Leitura bioética do princípio de não discriminação e não estigmatização. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(1):157-66.
97. UNESCO, Bioethics Committee I (IBC). Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization; 2014.
98. Toledo L, Góngora A, Bastos FI. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social: uma revisão narrativa. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017;22(1): 31-42.
99. Ministério da Justiça (BR). Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias - INFOPEN junho de 2014. [internet]. Brasília; 2014. [citado em 2017 maio 10]. Disponível em:
<http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>
100. Oliveira N. Dez anos da Lei de Drogas: narrativas brancas, morte negras. *Boletim IBCCRIM*. [internet] 2016;24(286):13-5. [citado em 2017 maio 10]. Disponível em: <http://www.ibccrim.org.br/site/boletim/pdfs/Boletim286.pdf>
101. Pauly B. Harm reduction through a social justice lens. *International Journal of Drug Policy*. 2008;19(1): 4-10.