

Pablo Ornelas Rosa

**Redução de Danos e Tolerância Zero: Conflitos e Dilemas entre as
Políticas de Saúde e Segurança Pública**

Orientador: Dr. Edson Passetti

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Tradicionalmente são três as estratégias adotadas no intuito de controlar o uso de drogas. A primeira delas, a chamada redução da oferta, se caracteriza pelo desenvolvimento de ações de erradicação de plantações e destruição de princípios ativos; de repressão à produção, ao refino e ao tráfico de substâncias precursoras e de drogas; de combate à lavagem de dinheiro e de fiscalização e controle da produção, da comercialização e do uso das drogas. A segunda, chamada redução da demanda, baseia-se em ações, esforços e recursos para desestimular ou diminuir o consumo – em especial a iniciação – e para tratar os usuários e dependentes. A terceira, a chamada redução de danos, tem como objetivo a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2001).

Assim, a primeira estratégia de amplo alcance adotada com o fim de controlar o uso de drogas no Brasil pautada na redução da oferta ocorreu com a primeira lei de controle de drogas em 1921, após a participação diplomática de políticos brasileiros em encontros internacionais ocorridos na década de 1910. Em convergência com este movimento ascendente nos Estados Unidos no mesmo período¹, houve no Brasil uma junção entre demandas sociais proibicionistas e estratégias governamentais de controle social. Até então, o consumo de psicoativos como a cocaína, a morfina e a heroína era amplamente aceito por estar presente nos hábitos de oligarcas e abastados, mas passou a ser atacado com veemência pela mídia e por grupos moralistas quando chegou ao alcance das prostitutas, proxenetas, pequenos delinqüentes, dentre outros indivíduos das camadas populares. Entretanto, o uso da maconha, por sua vez, jamais foi aceito pela “sociedade de bem”, devido à associação direta de seu consumo aos negros e mestiços, tornando-se um tema de segurança pública e sanitária no país

¹ Em 1914 o Congresso dos Estados Unidos aprova a chamada Lei Harrison, que estabelecia vigilância estreita ao mercado de opiáceos - tais como ópio, heroína e morfina – e cocaína, restringindo o uso às aplicações tidas como medicinais. Assim, esta Lei acabou abrindo caminho para que o Código Penal deste país encampasse um rol maior de substâncias psicoativas, além de adequar a legislação interna dos Estados Unidos aos parâmetros que vinham sendo estabelecidos internacionalmente por instigação deste mesmo país (RODRIGUES, 2004). Em 1919, neste mesmo país, é aprovada uma emenda constitucional chamada de Lei Seca considerada o marco inicial do proibicionismo (ESCOHOTADO, 1996). Através dela, proibia-se a produção, circulação e comercialização de bebidas alcoólicas em todo território daquele país. É importante ressaltar que antes mesmo da elaboração das primeiras leis proibicionistas nos Estados Unidos, já se identificava (e estigmatizava) certas minorias étnicas com o consumo de determinadas substâncias, por exemplo, os negros com a cocaína, os chineses identificados com o ópio, os irlandeses com o álcool e os mexicanos ou hispânicos com a maconha (RODRIGUES, 2004).

(RODRIGUES, 2005).

Hoje, as estratégias de controle do uso de drogas através da redução de danos propõem-se a não ser estigmatizador e buscam descriminalizar o usuário de drogas. Através de uma estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública, visa-se a reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas, sendo aplicadas aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster do consumo destas substâncias, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e agulhas para uso injetável ou de canudos e cachimbos para consumo de crack, práticas sexuais de risco para DSTs/Aids e hepatites, condução de veículos em estado de intoxicação ou embriaguez, injeção de silicone líquido e anabolizantes, etc.

As ações de redução de danos adotadas no Brasil como políticas públicas na área saúde, se constituem em um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental que as orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas, e mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados. (BRASIL, 2001).

A redução de danos teve origem na Inglaterra, em 1926, com o relatório de Rolleston², que estabelecia o princípio segundo o qual o médico poderia prescrever legalmente opióceos para os dependentes de alguns tipos de drogas, entendendo esse ato médico como tratamento e não como “gratificação da adição”. Somente nos anos 80 as ações norteadoras destes princípios foram sistematizadas em formas de programas, sendo primeiramente implementadas na Holanda por uma associação de usuários de drogas preocupada com a disseminação das hepatites entre os UDIs. Entretanto, as estratégias de redução de danos só ganharam força quando começaram a ser documentadas em várias partes do mundo elevadas a prevalências de infecção

² Este relatório foi baseado nas recomendações de uma comissão interministerial, presidida pelo então Ministro da Saúde da Inglaterra, Sir Humphrey Rolleston, estabelecendo direito aos médicos ingleses em prescrever suprimentos regulares de opiáceos em determinadas condições como: manejo da síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, após prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser descontinuado com segurança; quando ficasse demonstrado que o paciente apenas é capaz de levar uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga for administrada regularmente, mas deixaria de usá-la na medida em que as drogas diminuíssem.

pelo HIV entre os UDIs, mostrando sua eficácia no controle da infecção destas epidemias (BRASIL, 2001).

No Brasil, a primeira tentativa de se fazer troca de seringas entre UDIs aconteceu na cidade de Santos – SP, em 1989, mas a iniciativa foi frustrada por uma ação judicial³. É também dessa época a implantação de um tipo de atividade de redução de danos voltada para usuários de drogas injetáveis, conhecida como *bleach out reach work* nos Estados Unidos, que consistia na promoção do uso de soluções de hipoclorito de sódio (*bleach*, em inglês) para a desinfecção de equipamento de injeção.

O primeiro município a ter Programa de Redução de Danos (PRD) com trocas de seringas no Brasil surgiu em março de 1995, em Salvador – BA, e a primeira lei estadual a legalizar as trocas de seringa foi do Deputado Estadual Paulo Teixeira, sancionada no Estado de São Paulo em março de 1998. Desde então, outros estados e municípios aprovaram leis semelhantes. Assim, a forma prevalente da implantação das estratégias de redução de danos acaba sendo desenvolvida por agentes comunitários de saúde especialmente treinados – os quais são denominados “redutores de danos” – e incluem em suas tarefas a troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento, vacinação contra hepatite e outras ações (BRASIL, 2001).

Atualmente os serviços que desenvolvem trabalhos com portadores do HIV e usuários de drogas, tais como os CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento, os SAE - Serviços de Assistência Especializada, os NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial e os CAPS–AD Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas, podem e devem desenvolver ações de redução de danos devido às estreitas relações que possuem com este problema.

Na contramão da política pública brasileira de redução de danos - que reconhece a condição de cidadão, além dos direitos dos usuários de drogas lícitas e ilícitas, pautada nos direitos humanos expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão -, percebemos a ascensão da política de segurança pública pautada na chamada tolerância zero, oriunda da prefeitura de Rudolph Giuliani de

³ Segundo CARVALHO (1996), historicamente a legislação sobre drogas no Brasil possui dispositivos vagos e indeterminados e usos abusivos de normais penais pouco claras, que legitimaram e continuam legitimando sistemas totais de violações das garantias individuais

1993 a 2001, na cidade americana de Nova York⁴.

De Nova York, a doutrina da “tolerância zero”, instrumento de legitimação da gestão policial e judiciária da pobreza que incomoda – a que se vê, a causa de incidentes e desordens no espaço público, alimentando, por conseguinte, uma difusa sensação de insegurança, ou simplesmente de incômodo tenaz e de inconveniência -, propagou-se através do globo a uma velocidade alucinante. E com ela a retórica militar da “guerra” ao crime e da “reconquista” do espaço público, que assimila os delinquentes (reais ou imaginários), sem-teto, mendigos e outros marginais a *invasores estrangeiros* – o que facilita o amálgama com a imigração, sempre rendoso eleitoralmente. (WACQUANT, 2001; 30).

A partir do processo de globalização desta política calcada na intolerância e na perseguição das camadas mais pobres da sociedade percebemos a dificuldade em que se encontra o desenvolvimento das atividades de prevenção e de educação sobre drogas, uma vez que as diretrizes da saúde vão de encontro às da segurança pública, não somente no Brasil como em outros países. Reconhecendo que esta “doutrina” da “tolerância zero” chegou ao Brasil de modo distinto sendo implementada em um sentido diferenciado, procuraremos desvelar quais as práticas de segurança pública em Santa Catarina que demonstram empiricamente a aplicação desta política, já que

(...) hoje é difícil para um funcionário de um governo europeu exprimir-se sobre a “segurança” sem que saia de sua boca algum slogan made in USA, ainda que ornamentado, como sem dúvida exige a honra nacional, pelo adjetivo “republicano”: “tolerância zero”, toque de recolher, denúncia histérica da “violência dos jovens” (isto é, jovens ditos imigrantes dos bairros sob quarentena econômica), foco dos pequenos traficantes de droga, relaxamento ou atenuação da fronteira jurídica entre menores e adultos, prisão para os jovens várias vezes reincidentes, privatização dos serviços de justiça etc. (WACQUANT, 2001; 52).

Enquanto as políticas de saúde buscam se humanizar através das políticas de redução de danos – além das diversas outras formas, tais como as novas compreensões

⁴ Foi através do *Manhattan Institute* que a dita “teoria da vidraça quebrada” (broken windows theory), formulada em 1982 por James Q. Wilson (papa da criminologia conservadora nos Estados Unidos) e George Kelling em artigo publicado pela *Atlantic Monthly Magazine*, adaptando o ditado popular que diz: “quem rouba um ovo, rouba um boi” que essa pretensa teoria - baseada na idéia de que é lutando passo a passo contra os pequenos distúrbios cotidianos que se faz recuar as grandes patologias criminais - se desenvolveu influenciando fortemente nas políticas na área da segurança pública implementadas por Rudolph Giuliani em Nova York (WACQUANT, 2001; 25).

dos conceitos de saúde/doença⁵ – há um retrocesso nas políticas de segurança pública, uma vez que a redução da oferta continua sendo a estratégia de controle do uso de drogas mais presente no Brasil. Atenuando-se a isso percebemos que a repressão torna-se mais intensa uma vez que o vemos a adoção dos programas “importados” de tolerância zero não somente no Brasil, mas em muitos outros países.

Contudo, as medidas de redução de danos buscam um novo patamar de relacionamento com os consumidores de drogas ilícitas, colocando em evidência a impossibilidade de se erradicar o uso de psicoativos já que a história nos mostra que na maior parte das civilizações conhecidas era notório o uso de tais substâncias. Além disso, a redução de danos propõe uma abordagem absolutamente diferenciada àqueles que vivem a experiência de manter um hábito em meio à proibição – tratamento oposto ao desenvolvido pela segurança pública (CARPANEDO, 2006).

É desta forma que as reformas descriminalizantes e as políticas de redução de danos – que são os rasgos mais progressistas em operação num ambiente normativo internacional que preconiza a proibição estrita de um grande leque de substâncias psicoativas - acabam entrando em conflito com as políticas da segurança pública que, na prática, enfatiza tanto a criminalização do trabalhador deste mercado ilícito quanto de seu consumidor⁶.

⁵ Segundo CARPANEDO (2006), “O conceito de doença reduz o corpo a partir da anatomia e da fisiologia, ou seja, constantes mudanças morfológicas e funcionais. A doença é tida como independente, com realidade própria externa e anterior às alterações concretas no corpo. Dessa forma, fica desvinculada de todo o conjunto de relações que constituem os significados da vida. O lugar em que o sujeito é posto quando olhado como doente é um imperativo, quando se invalida a opinião do próprio ser que traz consigo a queixa acerca do que sofre” (CARPANEDO, 2006; 82).

⁶ Segundo KARAM (1991), “O caminho da drogadição passa, muitas vezes, pela necessidade de atendimento às exigências sociais ou pela própria necessidade de sobrevivência” (KARAM, 1991: 30,31).

OBJETIVO GERAL

Temos como objetivo estudar as relações entre as políticas de redução de danos e de “tolerância zero” nos espaços institucionais da saúde e da segurança pública, mais especificamente nos CAPES-AD e na PM - Polícia Militar de Santa Catarina, aprofundando sobre experiências concretas dos sujeitos envolvidos neste processo. Assim, procuraremos entender de que forma estes profissionais são orientados a atuar diante dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas ilícitas, se em suas formações são contemplados estudos sobre Direitos Humanos e se estes são aplicados empiricamente ou se restringem apenas aos discursos destes profissionais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Procurarmos identificar a presença de conflitos existentes entre as visões dos técnicos da saúde dos CAPES-AD e dos policiais militares, também buscaremos os pontos de convergência através de uma busca genealógica da construção moral destes sujeitos, ou seja, se o fato de compartilharem uma mesma condição social, um mesmo *habitus* (BOURDIEU, 2006) ou uma mesma experiência (THOMPSON, 2004) os faz aceitar ou negar o uso de drogas, uma vez que presenciamos o protagonismo de uma mídia em consonância com o princípio da “lei e ordem⁷”.

Discutiremos também, o papel do estigma (GOFFMAN, 1988) e da criminalização na vida destes sujeitos que já sofreram ou ainda sofrem por fazerem uso de substâncias psicoativas ilícitas, além de discutir a relação entre o risco e prazer (JEOLÁS, 2007). Entendendo o crime como uma mera criação da lei penal⁸, não existindo um conceito natural que os possa genericamente definir, pois o que é crime em um determinado território pode não ser em outro e o que é crime em determinado território, amanhã poderá deixar de ser – como é o caso da proibição das substâncias psicoativas em muitos países e legalização destas em outros, por exemplo.

O controle social formal manifestado no poder do Estado de punir estrutura-se em um sistema que se materializa através da seleção de determinadas condutas conflituosas ou socialmente negativas, que, por intervenção da lei penal, recebem a qualificação de crimes. (KARAM, 2004; 72).

Partindo deste conceito de crime – além de discutirmos os conceitos de saúde/doença -, desenvolveremos uma análise buscando entender de que forma as proibições de substâncias psicoativas ilícitas afetam no uso destas, ou seja, se os usuários se preocupam mais com o risco a sua saúde (HIV e hepatites) ou se a maior preocupação está focada na repressão policial (em serem violentados ou detidos).

Identificaremos os tratados e convenções internacionais e diretivas, as políticas nacionais e estaduais no campo da saúde e dos serviços de segurança pública que estão na base da definição de estratégias de atuação dos CAPS-AD e da PM.

⁷ Segundo KARAM (2004), “As condutas criminalizadas passam a ser, assim, apreendidas através deste espetáculo da realidade, que se torna mais próximo do que a própria realidade, dando àquelas condutas uma dimensão fantasiosa e artificialmente criadora de pânicos e histerias, alimentadores da demanda de maior repressão” (KARAM, 2004; 78).

METODOLOGIA

Devido a nossa atuação em Projetos de Redução de Danos desde 2003, através das ONGs – Organização Não-Governamental CASA – Centro de Assessoria à Adolescência e ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos, utilizaremos como metodologia a observação participante. Neste sentido, este trabalho se tratará de uma pesquisa etnográfica devido a nossa participação efetiva em diversos encontros relacionados ao tema e devido a nossa militância nas áreas dos Direitos Humanos e da redução de danos.

Faremos inicialmente um levantamento sobre a literatura teórica contemporânea que aborde o tema drogas, saúde e segurança pública indo além da bibliografia apresentada neste projeto, pois reconhecemos a ausência de trabalhos importantes que ainda serão incorporados na pesquisa. Além disso, utilizaremos as leis, relatórios e acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário, que contemple o tema proposto. Da mesma forma analisaremos os materiais didáticos utilizados tanto pelos policiais militares quanto pelos técnicos dos CAPS-AD de Santa Catarina, realizando entrevistas com alguns destes profissionais e com os usuários de drogas que passaram por tais instituições – buscando traçar um perfil sócio-econômico destes, no intuito de relacionar com o trabalho de WACQUANT (2001, 2003), ZACCONE (2007), dentre outros que afirmam que

O sistema penal, ao tratar das drogas, legitima o controle social sobre populações pobres, hoje vistas como “inimigas”, dado a sua expulsão do mercado consumidor. Na modernidade recente, ser pobre é sinônimo de ser “perigoso” e “criminoso”. Com isso, o poder configurador positivo do sistema penal se efetiva através do controle social exercido pela polícia sobre os guetos urbanos, seja restringindo o direito de reunião, locomoção, lazer ou da inviolabilidade domiciliar, sob a chancela discursiva do direito penal na “guerra contra as drogas”. (ZACCONE, 2007; 129).

Além disso, realizaremos um estudo de caso, buscando acompanhar, etnograficamente, um grupo de redutores de danos em Itajaí-SC. Buscaremos acompanhar as suas práticas e os possíveis conflitos com os serviços de polícia, mostrando-nos mais concretamente como se dão estas experiências.

JUSTIFICATIVA

Ainda hoje, a cocaína continua sendo a droga ilícita injetável mais consumida no Brasil. Todavia, percebe-se um aumento crescente do uso de drogas injetáveis concomitante com o elevado número de casos de aids apresentado pela epidemia brasileira. O primeiro caso de aids entre UDI – Usuários de Drogas Injetáveis foi notificado em 1993 e, a partir de então, o número de infectados por este meio não parou de ascender. A proporção de UDIs em relação ao total de casos da doença entre maiores de 13 anos notificado ao Ministério da Saúde subiu de 4,7%, em 1987, para 26,5%, em 1991. Dados de novembro de 1999 indicam que essa proporção é, atualmente, de 13,6%. Em São Paulo, o estado brasileiro que reúne cerca de 55% de todos os casos registrados no País, entre 1983 e 1994, aproximadamente 34% das mulheres adultas com aids referiram ter UDI como parceiros sexuais⁹ (BRASIL, 2001).

O Brasil possui uma significativa experiência de enfrentamento deste problema por meio da implantação e desenvolvimento de políticas sociais bem-sucedidas de PRD – Projetos de Redução de Danos decorrentes do uso de drogas, voltados quase que exclusivamente para a prevenção da infecção pelo HIV e outros agentes de transmissão sexual e sanguínea. Entretanto, atualmente temos visto um conflito intenso entre as políticas públicas de saúde e as de segurança pública. Enquanto a redução de danos propõe um diálogo com o sujeito que faz uso de substâncias psicoativas ilícitas, tratando-o como cidadão e, assim, adotando estratégias pautadas nos Direitos Humanos, a “tolerância zero” propõe a criminalização deste no intuito de manter uma ordem calcada no Direito Penal positivo, sobrepondo a punição à cidadania.

É neste sentido, que percebemos a importância de um estudo que busque abordar o diálogo conflituoso entre a saúde e a segurança pública no que se refere às estratégias adotadas no intuito de controlar o uso de drogas. De um lado vemos a tentativa de compreensão através das políticas de redução de danos – que muitas vezes são confundidas com apologias ao uso de drogas -, de outro lado, vemos a ascensão de uma repressão extremamente perceptível.

⁹ Além do HIV, os vírus B e C de hepatite também se apresentam como ameaça para a saúde dos UDI – Usuários de Drogas Injetáveis, pois são agentes de alta infecciosidade transmitidos quase que exclusivamente por via sanguínea. Por conseguinte, existe uma vacina de alta eficácia contra a hepatite B,

Percebemos que as últimas legislações referentes às drogas se utilizaram de discursos médico-jurídicos para diferenciar o usuário do traficante, prescrevendo tratamento para o primeiro e penas cada vez maiores para o segundo. Contudo, tendo em vista que a quantidade de droga apreendida pela polícia federal não é definida em lei, podemos utilizar a hipótese tão difundida entre pesquisadores da criminologia crítica de que a criminalização da pobreza é um fenômeno mundial, que no Brasil acaba ganhando destaque, sobretudo, através da “guerra contra as drogas”, na qual a maior parte população encaminhada para o sistema carcerário compartilha uma cultura muito próxima – inclusive permeada pelo uso de drogas.

(...) o gueto é um modo de “prisão social”, enquanto a prisão funciona à maneira de um “gueto judiciário”. Todos os dois têm por missão confinar uma população estigmatizada de maneira a neutralizar a ameaça material e/ou simbólica que ela faz pesar sobre a sociedade da qual foi extirpada. É por esta razão que o gueto e a prisão tendem a desenvolver padrões relacionais e formas culturais que ostentam espantosas similaridades, merecedoras de um estudo sistemático em contextos históricos e nacionais diversos. (WACQUANT, 2003; 108, 109).

Todavia, conceber o simples usuário de drogas, sobretudo, as ilícitas como dependente químico e, assim, um indivíduo desviante acaba sendo muitas vezes uma prática recorrente tanto para a segurança pública quanto para a saúde(medicina)¹⁰. Segundo VELHO (1981),

Tradicionalmente, o indivíduo desviante tem sido encarado a partir de uma perspectiva médica preocupada em distinguir o “são” do “não-são” ou do “insano”. Assim certas pessoas apresentariam características de comportamento “anormais”, sintomas ou expressão de desequilíbrios e doença. Tratar-se-ia, então, de diagnosticar o mal e tratá-lo. Evidentemente, existiriam males mais controláveis do que outros, havendo, portanto, desviantes “incuráveis” e outros passíveis de recuperação mais ou menos rápida. Enfim, o mal estaria localizado no indivíduo, geralmente definido como fenômeno endógeno ou mesmo hereditário. (VELHO, 1981: 11, 12).

Da mesma forma que as “*relações homossexuais, que ainda em meados do século XX, eram criminalizadas em diversos países europeus*” (KARAM, 2004: 73),

mas não contra a hepatite C, que é uma doença grave e, muitas vezes, fatal.

¹⁰ Temos visto hodiernamente um importante debate entre as categorias saúde e medicina. Anteriormente, referia-se a saúde utilizando a expressão medicina, o que a colocava em uma posição hierarquizada. Algo

sendo os indivíduos homossexuais considerados desviantes, muitas das drogas anteriormente lícitas se tornaram ilícitas e vice-versa. (Hoje, ao contrário, advoga-se a criminalização de condutas de quem pratique discriminação motivada pela rejeição a tal orientação sexual). Assim, o que é crime ou o que se considera desviante em um determinado lugar, pode não ser em outro; o que é crime ou o que é considerado uma atitude desviante, amanhã poderá não ser.

Em relação às substâncias psicoativas, percebemos que algumas são classificadas como lícitas e outras ilícitas, entretanto, não há um critério claro e objetivo na escolha destes.

As substâncias psicoativas, que, assim selecionadas, recebem a qualificação de drogas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.), não têm natureza diversa de outras substâncias igualmente psicoativas (como a cafeína, o álcool, o tabaco, etc.), destas só se diferenciando em razão da artificial intervenção do sistema penal sobre condutas a elas relacionadas (...) Todas as substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, provocam alterações no organismo e dependendo da forma como forem usadas, podem eventualmente causar danos, não sendo, assim, esta a razão da diferenciação entre umas e outras. Tampouco as drogas, hoje qualificadas de ilícitas, foram sempre tratadas desta forma. (KARAM, 2004: 73).

Contudo, é importante destacar que esta pesquisa será relevante já que, além de ir ao encontro dos trabalhos de cooperação que o LEVIS – Laboratório de Estudos das Violências, vinculado ao PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina, tem desenvolvido com a Secretaria de Segurança Pública de Santa Catarina, também contribuirá para o projeto de pesquisa que está sendo realizado sob coordenação do professor Dr. Alberto Groissman do PPGAS, financiado pela FAPESC – Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina e intitulado “Saúde e Uso de Drogas: percepção dos serviços de saúde e da conduta dos agentes, auto-cuidado e itinerários terapêuticos em Santa Catarina”.

Assim, será em meio à discussão sobre as abordagens referentes aos usuários de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, que procuraremos desenvolver esta pesquisa, buscando compreender a relação existente entre as visões da saúde e da segurança pública através das políticas que orientam as suas práticas institucionais.

que hoje vem se demonstrado superado.

BIBLIOGRAFIA

BARATTA, Alessandro. *Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BAPTISTA, Marcos e **CRUZ**, Marcelo Santos e **MATIAS**, Regina (orgs.). *Drogas e Pós-Modernidade: Prazer, sofrimento e tabu* Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora UERJ/FAPERJ, 2003.

BAPTISTA, Marcos e **CRUZ**, Marcelo Santos e **MATIAS**, Regina (orgs.). *Drogas e Pós-Modernidade: Faces de um tema proscrito* Vol. 2. Rio de Janeiro: Editora UERJ/FAPERJ, 2003.

BATISTA, Vera M. *Difíceis Ganhos Fáceis: Drogas e juventude pobre no rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BATISTA, Vera M. "História sem fim" In: **PASSETTI**, Edson (org.). *Curso Livre de Abolicionismo Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: As conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: A busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. *Vidas Desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BISSOLI FILHO, Francisco. *Estigmas da Criminalização: dos Antecedentes à Reincidência Criminal*. Florianópolis: Obra Jurídica, 1998.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BRASIL. *Manual de Redução de Danos: Saúde e Cidadania*. Brasília: Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids, 2001.

CANCLINI, Néstor García. *Consumidores e Cidadãos*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

CARLINI-MARLATT, Beatriz. "Jovens e Drogas: saúde, política neoliberal e identidade jovem". In: **ABRAMO**, Helena W. e **BRANCO**, Pedro Paulo Martoni (orgs.). *Retrato da Juventude Brasileira*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Instituto cidadania, 2005.

CARPANEDO, Nádia Almeida. "Do conceito de saúde e doença à subjetividade no uso de drogas". In: **SIQUEIRA**, Domiciano J. R. (org.). *Mal(Dito) Cidadão: Numa*

sociedade com drogas. São Caetano do Sul: King Graf Editora, 2006.

CARVALHO, Salo de. *A Política Criminal de Drogas no Brasil: do discurso oficial às razões da descriminalização*. Niterói: Luam, 1996.

COSTA, Márcia Regina da. *Os Carecas do Subúrbio*. São Paulo: Musa, 2000.

DE GIORGI, Alessandro. *A Miséria Governada Através do Sistema Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

DEJOURS, Christophe. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

ESCOHOTADO, Antonio. *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafios*. Barcelona: España, Editorial Anagrama, 1995.

ESCOHOTADO, Antonio. *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: España, Editorial Anagrama, 1996.

EVANGELISTA, Pedro Luciano. "Direito e Uso de Drogas". In: **SIQUEIRA**, Domiciano J. R (org.). *Mal(Dito) Cidadão: Numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King Graf Editora, 2006.

FEFFERMANN, Marisa. *Vidas Arriscadas*. Petrópolis: Vozes, 2006.

FOOTE-WHITE, William F. *Sociedade de Esquina*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: A história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, Michel. *A Verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005.

FOUCAULT, Michael. *Microfísica do Poder*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1978.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

JEOLÁS, Leila Sollberger. *Risco e Prazer: Os jovens e o imaginário da aids*. Londrina: Eduel, 2007.

KARAM, Maria Lúcia. *De Crimes, Penas e Fantasias*. Niterói: Luam, 1991.

KARAM, Maria Lúcia. "Pela Abolição do Sistema Penal" In: **PASSETTI**, Edson (org.). *Curso Livre de Abolicionismo Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

- MÉSZÁROS**, István. *Para Além do Capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MÉSZÁROS**, István. *O Poder da Ideologia*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MORIN**, Edgar. *Culturas de massa no século XX*. Rio de Janeiro, Forense, 1986.
- POSTONE**, Moishe. *Tiempo, Trabajo y Dominación Social: Una reinterpretación de la teoría crítica de Marx*. Madrid: Politopías/ Marcial Pons, 2003.
- RIFIOTIS**, Theophilos. *Nos Campos da Violência: Diferença e Positividade*. Florianópolis: Antropologia em Primeira Mão – PPGAS/UFSC, 1997.
- ROCHA**, Solange e **HOLANDA**, Violeta (org.). *Articulando o Ativismo em Aids no Nordeste*. Fortaleza: SOS Corpo/Intituto Feminista para a Democracia/Grab – Grupo de Resistência Asa Branca, 2006.
- RODRIGUES**, Thiago. “Drogas, Proibição e Abolição das Penas” In: **PASSETTI**, Edson (org.). *Curso Livre de Abolicionismo Penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.
- RODRIGUES**, Thiago. "Narcotráfico: Um esboço histórico". In: **VENÂNCIO**, Renato Pinto e **CARNEIRO**, Henrique. *Álcool e Drogas na História do Brasil*. Belo Horizonte: Editora PUC - Minas, 2005.
- ROSA**, Pablo Ornelas. *Rock Underground: A etnografia do rock alternativo*. São Paulo: Radical Livros, 2007.
- RUSCHE**, Georg e **KIRCHHEIMER**, Otto. *Punição e Estrutura Social*. Rio de Janeiro: Revan, 2004.
- SAHLINS**, Marshall. *Cultura e Razão Prática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003a.
- SAHLINS**, Marshall. *Ilhas de História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003b.
- SEIBEL**, Erni J. “O Declínio do ‘Welfare State’ e a emergência do Estado Prisional. Tempos de um novo Puritanismo?” In: *Civitas*, Vol.5, N. 1.jan-jun 2005.
- SILVA**, Maria de Fátima de Sena e (coord.). *Psicologia e Redução de Danos*. São Paulo: Nutra/UFC, 2004.
- SIMMEL**, Georg. *Questões Fundamentais da Sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.
- SOARES**, Luiz Eduardo et al. *Cabeça de Porco*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2005.
- THOMPSON**, E. P. *Costumes em Comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- THOMPSON**, E. P. *A Formação da Classe Operária Inglesa – A Árvore da Liberdade*. Vol. I. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.
- VELHO**, Gilberto (org.). *Desvio e Divergência: Uma crítica a patologia social*. Rio

de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

WACQUANT, Löic. *As Prisões da Miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

WACQUANT, Löic. *Punir os Pobres: Uma Nova Gestão da Miséria nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WOOD, Ellen Meiksins. *Democracia Contra Capitalismo: A Renovação do Materialismo Histórico*. São Paulo: Boitempo, 2003.

ZACCONE, Orlando. *Acionistas do Nada: Quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 2007.