



Salas de Consumo de Drogas: situando o debate no Brasil

Rafael Tobias de Freitas Alloni e Luiz Guilherme Mendes de Paiva

Sumário

Introdução	1
1. Aspectos gerais: definições e tipo de serviços oferecidos	2
1.1. Definição da sala de consumo de drogas ilícitas (SCD).....	2
1.2. As SCD vs. outros espaços de consumo tolerado de drogas ilegais	2
1.3. Quadro geral da disponibilidade de SCD no mundo.....	3
1.4. Objetivos das SCD.....	4
1.5. Serviços oferecidos pelas SCD	5
1.6. Modelos das SCD	6
1.7. Principais resultados das SCD	6
1.8. O potencial das SCD no Brasil	7
2. Questões legais e os caminhos tomados por outros países	8
2.1. Aspectos jurídicos na esfera internacional	8
2.2. Desafios legais para a implantação de SCDs no Brasil	9
2.3. Como conciliar as questões legais com as SCD: as experiências internacionais	10
2.4. Lições das experiências internacionais	13
3. Considerações para a formulação e implementação das SCD	14
3.1. Primeiros passos: mapeando as necessidades locais	14
3.2. Parcerias multissetoriais	15
3.3. Desenvolvimento de um acordo	16
3.4. Questões operacionais e processuais	17
Conclusão	20
Glossário	21
Bibliografia	22



Salas de Consumo de Drogas:

situando o debate no Brasil

Rafael Tobias de Freitas Alloni e Luiz Guilherme Mendes de Paiva¹

Introdução

As salas de consumo de drogas (SCD) surgiram nos anos 1990, junto com outras políticas de redução de danos, como resposta à epidemia de HIV e AIDS entre os usuários de drogas injetáveis na Europa (Cook et al., 2010). Talvez por essa particularidade, estuda-se predominantemente o impacto das SCD na saúde e no espaço público afetado pelas cenas de uso e tráfico de drogas em céu aberto, quase que exclusivamente em relação às drogas injetáveis.

Porém, os serviços das SCD não estão limitados às drogas intravenosas; muitas salas oferecem serviços para drogas fumáveis, como cocaína (crack) e heroína. Tal fato ressalta a importância de se realizar estudos sobre o impacto desses serviços e, assim, detalhar o potencial em relação aos usuários de drogas estimulantes – como o crack –, principal público das políticas de redução de danos no Brasil.

Outro desafio para abordar o tema sob a perspectiva de política pública é buscar informações a respeito das tomadas de decisões no processo de implementação das SCD nos diferentes países². As informações disponibilizadas são bastante gerais, nem sempre exploram os detalhes, configurações dos processos de negociação e as diferentes narrativas que marcaram a construção de tais políticas³.

Diante dessas limitações, este estudo apresenta um plano de discussão para a implementação das SCD no Brasil, tendo como referência as experiências dos países que optaram por incluir as SCD em suas políticas nacionais sobre drogas.

¹ Rafael Tobias Alloni: Mestre em Relações Internacionais, com especialização em Segurança Internacional, pelo Institut d'Études Politiques de Paris (Sciences Po). Foi Coordenador-Geral de Planejamento e Avaliação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Luiz Guilherme Paiva: Mestre e doutor em Direito Penal pela Universidade de São Paulo. Foi secretário Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça.

* Todo conteúdo deste artigo é de responsabilidade dos autores, sem vínculo institucional.

² O levantamento bibliográfico baseou-se especialmente na literatura disponível em língua inglesa.

³ A literatura inglesa disponibiliza estudos mais detalhados sobre essas questões (Hunt, 2008; JRF, 2006; Fortson 2006), referentes às iniciativas de criação de uma SCD no Reino Unido.

Com esse objetivo, o artigo oferece um panorama geral sobre as SCD, sua definição, objetivos e resultados. Em um segundo momento, explora, de forma não exaustiva, as barreiras legais para sua implementação no plano doméstico brasileiro e internacional, para, em seguida, delinear como as experiências internacionais contornaram tais obstáculos. Por fim, discutem-se os pontos procedimentais e processuais a serem considerados nas etapas de formulação e implementação das SCD.

1. Aspectos gerais: definições e tipo de serviços oferecidos

1.1. Definição da sala de consumo de drogas ilícitas (SCD)⁴

As SCD são espaços protegidos para o consumo higiênico de drogas previamente adquiridas, em um ambiente ausente de julgamentos morais e sob a supervisão de funcionários qualificados. As SCD constituem um serviço altamente especializado no campo das políticas públicas sobre drogas, incorporados em estratégias integrais e locais, com a finalidade de atender as diversas necessidades individuais e comunitárias que surgem do consumo e do abuso de drogas.

A principal finalidade das SCD é a de alcançar e abordar os problemas de grupos de consumidores de drogas específicos e de alto risco, principalmente aqueles que consomem em público. Estes grupos apresentam importantes necessidades de saúde que, frequentemente, não são atendidas por outros serviços e acabam constituindo um problema para comunidades locais.

1.2. As SCD vs. outros espaços de consumo tolerado de drogas ilegais

Há outros tipos de espaços, oficiais ou não, que toleram o uso de drogas ilegais, mas sem serem, portanto, categorizados como SCD.

Os espaços oficiais de uso tolerado são aqueles autorizados ou implementados por entidades públicas competentes. Estes podem apresentar mais de um modelo, onde as SCD são apenas um em específico. Por exemplo, nos Países Baixos há acomodações supervisionadas (*Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang*) para moradores de rua que frequentemente permitem o uso de drogas ilícitas (EMCDDA, 2017). A singularidade da SCD, em relação aos demais espaços é o seu aspecto clínico, voltado exclusivamente para a redução de danos associados ao uso problemático de drogas. Para isso, o consumo é isolado do seu contexto social e das suas práticas associadas, como comportamentos de risco, tráfico e prostituição⁵.

Cabe diferenciar as SCD das instalações e programas que trabalham com a prescrição de drogas para dependentes, principalmente de heroína, implementados em países como a Suíça e Países Baixos. Nesses casos, diferentemente das SCD, as drogas são obtidas legalmente e os usuários estão engajados em um programa de tratamento oficial⁶. Antes de receber a prescrição da droga, o usuário

4 Definição traduzida com pequenas modificações de Hedrich (2004). Vale mencionar que há diversas variações nas definições das SCD, mas todas são relativamente similares (Woods, 2014).

5 As SCD possuem regras estritas para o uso de drogas que proíbem o tráfico de drogas no interior dos estabelecimentos.

6 Segundo Woods (2014), diversas SCD limitam os seus serviços aos usuários que não estão engajados em terapia de substituição.

normalmente passa por tratamentos de substitutos – metadona no caso de dependência de heroína – e não faz uso de drogas obtidas ilegalmente. Nesse sentido, o usuário desse tipo de programa tem um perfil diferente dos usuários das SCD, que geralmente são socialmente desestruturados e sofrem, além da dependência química, de outros problemas de ordem social e de saúde: muitos são moradores de rua, desempregados e sem nenhum amparo familiar (ver Joseph Rowntree Foundation [JRF], 2006, p.3-4).

Os espaços informais de uso tolerado, por sua vez, comumente referidos como “galerias de drogas injetáveis”⁷ ou “casas de crack”⁸, surgiram nos anos 1970 e continuam a existir ainda hoje⁹. Distinguem-se das SCD ao não serem equipamentos públicos ou formalmente licenciados e ao não operarem segundo as mesmas regras e objetivos. Geralmente, esses espaços não contam com uma supervisão profissionalizada do uso higiênico de drogas obtidas previamente, e as drogas são comumente vendidas no local de consumo, sem oferta de cuidado de saúde aos usuários.

No entanto, as fronteiras entre as SCD e espaços informais nem sempre são nítidas. Há salas semifociais de uso permitido, em sua maioria para drogas inalantes, frequentemente controladas por antigos usuários de drogas e toleradas pela polícia (Öner, 2014, p.94). Muitos desses centros foram documentados no Reino Unido, Países Baixos e Suíça ainda nos anos 60 (Hunt, 2006, p.3). Mais recentemente, algumas dessas salas oferecem serviços e supervisão para um uso seguro e higiênico de drogas dentro de um quadro funcional muito semelhante ao das SCD. Esse foi o exemplo da *Vancouver Area Network of Drug Users* (VANDU), uma organização composta por usuários e ex-usuários de drogas que administrava uma sala informal de uso seguro e supervisionado, até o fechamento do serviço pelo governo canadense no fim de 2013 (McNeil et al., 2015).

1.3. Quadro geral da disponibilidade de SCD no mundo

Segundo os dados mais recentes do Observatório Europeu, há 90 SCD oficiais na Europa, a maioria delas concentrada em 5 países: Alemanha, Dinamarca Espanha, Países Baixos e Suíça. As SCD estão oficialmente operantes há três décadas na Europa; a primeira SCD foi implementada em 1986, na cidade de Berne, Suíça. Totalizando com as únicas duas SCD existentes fora da Europa, há 98 salas no mundo em 60 cidades (ver tabela 1).

Tabela 1. Número de SCDs no mundo

Países	quantidade	nº de cidades
Alemanha	24	15
Austrália	1	1
Canadá	7	3
Dinamarca	5	3
Espanha	13	2
França	2 ¹⁰	2
Luxemburgo	1	1
Noruega	2	2
Países Baixos	31	25
Suíça	12	8
Total	98	62

7 Do Inglês, “shooting galleries”.

8 Do inglês, “crack houses”.

9 As primeiras SCD emergiram a partir dessas experiências informais e locais (Hedrich, 2004).

10 Em 2016, duas SCD foram abertas na França, que serão objeto de teste pelo prazo de seis anos (EMCDDA, 2017). Há ainda outras 7 salas já autorizadas pelas autoridades sanitárias ou em fase final do processo em regulamentação.

Outros países como Portugal¹¹ e o Reino Unido¹² estão discutindo a implementação das SCD. Mesmo que tenham surgido em um contexto específico dos anos 1990, de preocupação por parte dos governos europeus com as altas taxas de HIV e AIDS entre os usuários, o pico da criação das salas ocorreu entre 2001 e 2005 (Woods, 2014, p.9-10).

1.4. Objetivos das SCD

Duas demandas principais deram impulso a criação das SCD. Por um lado, para aprimorar a saúde de grupos específicos afetados pelo uso problemático de drogas, principalmente de drogas injetáveis; por outro, para reduzir a perturbação da ordem pública – *public nuisance* – originada do consumo de drogas em espaços públicos. A prioridade atribuída a cada uma dessas demandas diferiu em cada país, mas ambas estruturaram e orientaram o processo de implantação das SCD. Na Alemanha e na Espanha, por exemplo, as SCD foram desenvolvidas com foco na saúde pública¹³, enquanto nos Países Baixos a razão predominante foi a redução da perturbação da ordem pública¹⁴. Na Suíça, ambos fatores foram considerados de igual importância, de forma a abordar a epidemia de HIV/AIDS e as cenas de uso¹⁵.

De acordo com Hedrich (et al., 2010), as SCD apresentam três objetivos norteadores e dez objetivos específicos, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Objetivos das SCD

Objetivos norteadores	Objetivos específicos
1. Oferecer um ambiente para o uso seguro de drogas	a) Atingir e ser aceita pelo público alvo
	b) Ganhar aceitação de atores chaves
	c) Estabelecer condições para o uso higiênico e seguro
2. Aprimorar a saúde dos grupos alvo	a) Reduzir os comportamentos de risco
	b) Reduzir morbidade
	c) Reduzir a mortalidade
	d) Aprimorar o acesso a serviços de saúde e tratamento
3. Redução da perturbação da ordem pública/ segurança local	a) Redução do uso de drogas em locais públicos
	b) Melhorar a percepção local da SCD
	c) Não aumento de crimes locais relacionados a drogas

Fonte: Hedrich (et al., 2010)

11 Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2017-05/portugal-instalara-salas-de-consumo-assistido-para-usuarios-de-drogas> . Acessado em 13/06/2017

12 Disponível em: <https://www.theguardian.com/society/2016/oct/31/glasgow-agencies-plans-fix-room-heroin-addicts> . Acessado em 13/06/2017.

13 A legislação federal alemã, assim como legislações das localidades federadas, colocam ênfase no papel da saúde das SCD. Na Espanha, a principal motivação foi a preocupação com a saúde dos usuários que iam comprar drogas nas regiões dos subúrbios, locais com grandes cenas de uso (Hedrich, 2004).

14 Nos Países Baixos, a maior parte das SCD originaram por meio de iniciativas de residentes e autoridades locais preocupadas com o distúrbio e degradação do ambiente público pelo consumo de drogas em locais públicos (Ibid.).

15 Ao mesmo tempo em que houve uma preocupação em extinguir as cenas de uso – em 1992 as cenas foram reprimidas pela polícia na cidade de Zurique – o governo central concluiu pela necessidade de um espaço alternativo para o uso de drogas ilícitas. Nota-se que, ainda no final dos anos 1980, as políticas de drogas eram majoritariamente repressivas, até a incorporação das políticas de redução de danos como um dos pilares da estratégia nacional de drogas, em 1991 (Hedrich, 2004; Schatz & Nougier, 2012).

1.5. Serviços oferecidos pelas SCD

Apesar da literatura sobre as SCD focar quase que exclusivamente no serviço oferecido para usuários de drogas injetáveis (JRF, 2006), as salas podem oferecer serviços para outras drogas. Um levantamento realizado em 39 SCD de seis países europeus¹⁶ constatou que mais de 2/3 das salas estudadas proporcionavam locais para o uso de drogas fumáveis, principalmente de crack e heroína (Woods, 2014, p.9). Em todas as SCD dos Países Baixos e em 21 das 24 salas da Alemanha são oferecidos espaços nas SCD para drogas fumáveis (Schäffer & Stöver, 2014, p.13).

Os tipos de serviços oferecidos pela SCD estão apontados na tabela 3, adaptada de Woods (2014, p.24).

Tabela 3. Serviços oferecidos pelas SCD

Serviços oferecidos	Porcentagem das salas que oferecem o serviço – amostra: 62 salas*
Serviços básicos	
Pão, café/chá	92%
Refeições quentes	72%
Troca de seringas	87%
Acessórios para o uso de drogas	98%
Cuidado pessoal (banho e lavanderia)	84%
Ajuda prática	
Armários	44%
Endereço postal	44%
Possibilidade de efetuar ligações telefônicas	89%
Suporte com assuntos financeiros e administrativos	79%
Cuidados médicos e educação	
Educação em saúde	95%
Consulta médica	61%
Enfermagem	71%
Cuidado e ajuda nas atividades cotidianas	
Encaminhamento para programas de tratamento, se solicitado	90%
Trabalho/projetos de reinserção social	50%
Encaminhamento para trabalho e projetos de reintegração em outros locais	71%
Atividades recreativas	53%

Fonte: adaptado de Woods, 2014:24

* Desta amostra, 30 salas são dos Países Baixos.

¹⁶ Dinamarca, Alemanha, Luxemburgo, Noruega, Espanha e Suíça.

1.6. Modelos das SCD

A literatura identifica três modelos possíveis de salas de consumo de drogas¹⁷:

Integrado: trata-se do modelo mais comum. Combina serviços para uso supervisionado de drogas intravenosas e drogas fumáveis – em salas separadas – com outros tipos de serviços de baixa exigência, tais como: atendimento médico, exames de sangue, cuidado psicossocial, cuidados com pessoas em situação de rua e acesso a programas de emprego. Por esta razão, estão normalmente integrados a uma rede maior de serviços e conta com subdivisões no próprio estabelecimento.

Especializado: restringe-se ao serviço específico de supervisão e promoção do consumo higiênico de drogas - oferece materiais higiênicos para o uso, orientação aos usuários e intervenções emergenciais. Esses estabelecimentos estão localizados em áreas de maior consumo, como estações de trens, e estão estrategicamente próximos aos demais serviços de saúde.

Móvel: desenvolvido basicamente para abordar o consumo de drogas em cenas de uso nas proximidades dos locais de venda de drogas. Esse modelo foi formulado para atender as necessidades de usuários de cidades grandes, para cobrir um extenso território, locais de pouca presença dos serviços de saúde e de difícil acesso. Disponibilizam poucos lugares para o atendimento, instalados uma pequena sala no interior de um furgão.

1.7. Principais resultados das SCD.

Algumas dificuldades metodológicas prejudicam a avaliação dos serviços prestados pelas SCD. Seu impacto é difícil de ser mensurado sem considerar outras políticas públicas e outros fatores adversos que podem afetar o mesmo objeto de estudo (Hedrich, 2004). Em outras palavras, há uma dificuldade em isolar a variável a ser medida, de forma identificar se esta é responsável pela relação causal do fenômeno observado. Por exemplo, a redução de HIV e AIDS entre usuários pode ser causada por fatores adversos às SCD. Ademais, alguns objetivos como “redução da perturbação da ordem pública” não apresenta o mesmo significado em todos os países, o que dificulta uma harmonização dos resultados ou das pesquisas implementadas. Por essas razões, “não foi possível realizar estudos aleatórios controlados de ampla base e nem de análise custo benefício das SCD (...)”¹⁸ (Schatz & Nougier, 2012, p.4).

Apesar dessas limitações, pesquisas foram executadas em diversos países. De acordo com uma ampla revisão da literatura¹⁹, os resultados empíricos convergem para as seguintes evidências:

- As SCD demonstraram resultados positivos no que se refere à promoção de um consumo seguro e higiênico em populações de maior vulnerabilidade social e difícil acesso. Durante o tempo em que as SCD estiveram operantes, não houve nenhum caso de morte por overdose reportado no interior desses estabelecimentos. Ademais, tampouco se observou um aumento no consumo de drogas ou da taxa de iniciação do uso de drogas na população local

¹⁷ Schäffer & Stöver (2014). Essa categorização é adotada pelo Observatório Europeu (2017).

¹⁸ Tradução original.

¹⁹ Uma ampla revisão da literatura foi realizada por Hedrich (et al., 2010) e Potier (et al., 2014). Embora as pesquisas tenham sido feitas em diversos países, a maioria foi realizada na Austrália e no Canadá.

- Redução positiva nos comportamentos de risco. Apesar das dificuldades metodológicas em aferir uma causalidade sobre o impacto das SCD na redução das taxas de HIV e Hepatite, há uma forte correlação entre uma redução importante dessas doenças com a implementação das salas, principalmente devido a sua capacidade de atingir as populações de difícil acesso. Um extenso estudo (KPMG, 2010) realizado em Sydney, Austrália, converge com outras pesquisas sobre o papel de ponte realizado pelas SCD entre os usuários dessas populações e serviços de tratamento, indicando uma relação positiva entre a frequência do uso das SCD e a probabilidade de aceitação de redirecionamento para outros serviços de maior exigência. Muitas salas têm programas de redirecionamento de usuários que buscam tratamento para outros serviços.
- Reduziram a perturbação da ordem pública, principalmente no que diz respeito ao uso de drogas e o descarte de agulhas e seringas em locais públicos. Não há evidências que as SCD aumentam ou diminuem o tráfico de drogas ou outros crimes nas redondezas²⁰. O potencial transformador das SCD na esfera da segurança local tende a ser maior quando integrado a uma política abrangente de resposta aos problemas relacionados às drogas. Não obstante, o impacto das SCD sobre tráfico tende a ser limitado, pois as drogas utilizadas são obtidas previamente de forma ilegal.

Apesar de muitas SCD oferecerem serviços para drogas fumáveis, como vimos, as avaliações estão quase que limitadas ao uso de drogas injetáveis, embora haja pesquisas que apontem para o potencial das SCD em relação à redução de danos associados ao consumo problemático de drogas fumáveis (Shannon et al., 2006; Collins et al., 2005; DeBeck et al., 2011). Ademais, há um estudo relativamente recente de avaliação do impacto das SCD em relação ao uso de Crack (McNeil, 2015) cujos resultados são convergentes aos apresentados sobre as drogas injetáveis, sugerindo que é possível esperar por resultados semelhantes para usuários de drogas provenientes de populações vulneráveis e com comportamento de risco.

1.8. O potencial das SCD no Brasil

No Brasil, as SCD poderiam ter um impacto relevante, particularmente em relação aos usuários de crack, que, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (2014), correspondem a uma população estimada de 370 mil usuários nas capitais. Segundo a pesquisa, os usuários da droga apresentam um perfil compatível com o público alvo das SCD, considerando-se os seguintes indicadores:

- **Comportamentos de alto risco.** A pesquisa aponta que 70% dos usuários de crack compartilham os apetrechos de uso da droga, o que pode aumentar a transmissão de infecções, principalmente hepatites virais. Ademais, a pesquisa identificou que muitos dos usuários relataram usar objetos de metal para o uso da droga²¹, o que leva à contaminação por metais pesados, além do risco de queimaduras e lesões labiais.
- **Precariedade das condições de saúde dos usuários.** A pesquisa aponta que “comparados com a população brasileira, os usuários de crack/similares, entrevistados nesta pesquisa, apresentaram prevalência de HIV cerca de 8 vezes maior do que a população geral (5,0 vs. 0,6%)” (2014, p.77). No caso de hepatite C, a taxa entre os usuários, nas capitais, é de 2,9%, duas vezes maior que a média nas capitais, de 1,38%. Ademais, 44,7% dos usuários afirmaram já ter sofrido de intoxicação aguda – overdose – em decorrência do uso do Crack. A prevalência de overdose – intoxicação aguda, no último mês, foi de 7,8% (2014, p.65).

²⁰ Uma das preocupações durante o processo de instalação das SCD em alguns locais foi o risco de aumento da criminalidade na localidade (Hedrich, 2004).

²¹ 51,8% em lata de cerveja/refrigerante e 74,8% em cachimbos, dos quais, muitos são produzidos com metais pesados.

- **Consumo de drogas em espaços públicos.** No caso do Brasil, além do alto número de grupos que usam crack e outras drogas em espaços públicos, as cenas de uso estão em constante mobilidade. A pesquisa aponta para fatores responsáveis como ações policiais, intervenções públicas no espaço urbano, ou ainda mudanças na própria dinâmica do mercado de drogas. As SCD poderiam fazer com que o uso fosse isolado desses outros fatores, o que permitiria uma maior estabilidade do público e fluxo de usuários, possibilitando um atendimento constante e frequente a essa população.
- **Usuários em situação de rua.** Como mencionamos, muitas das SCD estão direcionadas para o público em situação de rua, como foi o caso dos Países Baixos. No caso do Brasil, a pesquisa evidencia que aproximadamente 40% dos usuários de crack estão em situação de rua.

Quando perguntados sobre as suas necessidades em relação aos serviços necessários, os usuários de crack destacam aqueles relacionados à assistência social, saúde, higiene, inserção profissional e atividades de lazer. A grande maioria menciona que faria uso de tais serviços se próximos ao local de sua habitação (2014, p.104-109). As SCD são um serviço que, dependendo de sua concepção, tem o potencial de atender a tais demandas.

No Brasil, a implantação de uma SCD deve considerar que as cenas de uso de crack estão em constante deslocamento em grandes cidades, conforme apontado pela Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (2014). Sobre a movimentação das cenas de uso de crack, Frúgoli Jr. e Spaggiari (2010, p.3) formulam a hipótese de que a região paulistana conhecida como cracolândia, local de uma das principais cenas de uso aberto no país, constitui “uma espécie de territorialidade itinerante, o que significa situá-la numa certa área urbana, mas sujeita a deslocamentos mais próximos ou distantes, a depender do tipo de repressão ou intervenção exercidas”. Rui (2014, p.225) retoma o conceito dos autores, ressaltando o descompasso entre a condição itinerante da cracolândia e o fato de que as ações do poder público estão sempre voltadas a um território bem delimitado - o bairro da Luz, na região central da cidade. Nessa perspectiva, a adoção do modelo móvel de SCD (ver item 1F) talvez seja de particular importância para atender populações em extrema vulnerabilidade social e com uso problemático de drogas em permanente mobilidade nos centros urbanos.

2. Questões legais e os caminhos tomados por outros países

Em um contexto legal que considera crime a posse de drogas para uso pessoal, como é o caso do Brasil, um dos impasses ao se analisar a possibilidade de implementação de uma SCD no país é considerar a viabilidade jurídica do serviço. Tal consideração é importante não somente em relação aos usuários frequentadores da SCD, mas também para os gestores responsáveis por sua implementação e funcionários do estabelecimento. Essa discussão perpassa a esfera jurídica doméstica e internacional, como se discute a seguir.

2.1. Aspectos jurídicos na esfera internacional

A legalidade das SCD perante o direito internacional está inserida em um debate mais amplo entre as duas principais interpretações das convenções internacionais sobre drogas.

Por um lado mais restritivo, com maior ênfase na redução da oferta e nas medidas de controle da produção, distribuição e posse das drogas²², a Junta Internacional de Fiscalização de Estupefacientes (JIFE), responsável por supervisionar a aplicação das convenções internacionais sobre drogas, expressou duros posicionamentos contrários às SCD durante a década de 2000. Não obstante, atualmente a Junta reconhece as SCD como um serviço de redução aos riscos adversos do consumo de drogas, desde que o objetivo final seja o de “reduzir as consequências negativas do uso indevido de drogas por meio do tratamento, reabilitação e reinserção, sem aprovar ou aumentar o uso indevido de drogas ou encorajar o tráfico de drogas”²³ (JIFE, 2016, p.102). Nessa perspectiva, a Junta entende que as SCD devem necessariamente oferecer, ou remeter seus pacientes, a outros serviços de saúde e reinserção social ou programas de prevenção; ademais, a JIFE manifesta expressamente suas reservas quanto às práticas dos usuários comprarem a droga previamente ao ingresso nas SCD (JIFE, 2016, p.26).

Por outro lado, há uma leitura mais flexível das convenções, com foco na saúde, reabilitação e reinserção social do usuário. Sob tal perspectiva, compreende-se que as convenções oferecem flexibilidade suficiente para a introdução de políticas de redução de danos, entre as quais as SCD. Com efeito, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) emitiu um parecer já em 2002, encomendado pela própria JIFE, sobre a compatibilidade entre os acordos internacionais e as políticas de redução de danos. O documento conclui que as SCD, entre outras políticas, não estão em desacordo com as convenções, uma vez que os documentos internacionais sobre drogas não versam apenas sobre controle, mas também incitam os estados a implementarem medidas de cuidado, prevenção e saúde para os usuários:

“Poderia-se afirmar que esta abordagem é incompatível com as obrigações de impedir o abuso de drogas, derivadas do artigo 38 da Convenção de 1961 e do artigo 20 da Convenção de 1971. Não se deve esquecer, no entanto, que as mesmas disposições geram a obrigação de tratar, reabilitar e reintegrar os toxicodependentes, cuja implementação depende em grande parte da interpretação pelas Partes dos termos em questão. Se, por exemplo, a finalidade do tratamento não é apenas curar uma patologia, mas também reduzir o sofrimento associado a ela (como no manejo da dor severa), reduzir a exposição dos toxicodependentes aos agentes patogênicos freqüentemente associados aos padrões de abuso (como aqueles que causam HIV-AIDS, ou hepatite B) devem ser considerados como tratamento”²⁴.

Esse argumento está respaldado pelo fato que não há uma definição clara de “fins médicos e científicos”, termos evocados pelas convenções, principalmente no que se refere ao conceito de “tratamento”. Segundo o UNODC: “assim como no caso do conceito de ‘uso médico’, o conceito de ‘tratamento’ não é dado pelos tratados, de forma que as Partes e o Conselho têm flexibilidade suficiente para adotar uma definição do termo para seu próprio uso” (UNODC, 2002, p.4).

2.2. Desafios legais para a implantação de SCDs no Brasil

Considerando que os clientes da SCD levariam consigo drogas ilícitas para consumo próprio, haveria a incidência, em tese, do artigo 28 da Lei nº 11.343/06, que estabelece como crime – embora sem a previsão de pena de prisão – as condutas de “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com a determinação legal ou regulamentar”. Mas pesquisas locais indicam que muitos usuários portando quantidades ínfimas de drogas são presos e processados por tráfico de drogas (Carlos, 2015; Gorete Marques et al., 2011).

²² A despeito das interpretações, as convenções não determinam a punição para posse, compra e cultivo para uso pessoal (UNODC:7). Disponível em: https://www.unodc.org/documents/hlr/Drug_policy_provisions_from_the_international_drug_control_Conventions.pdf. Acessado em 14/06/2017.

²³ Tradução original.

²⁴ UNODC, 2002, p.5.

A lei não apenas deixa de especificar critérios claros para distinguir entre as condutas de uso e tráfico, mas também repete os mesmos verbos do art. 28 na descrição do tipo previsto no art. 33, com penas de 5 a 15 anos de prisão.

Os funcionários, por sua vez, poderiam incidir nas penas do art. 33, § 2º, da Lei de Drogas, que prevê pena de 1 a 3 anos para quem “induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga”. Já o artigo 34 da mesma lei proíbe a distribuição, fornecimento de maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à preparação da droga²⁵, sujeitando o infrator a penas de 3 a 10 anos. Finalmente, o dever funcional de comunicação de crime às autoridades competentes pode inviabilizar o trabalho dos funcionários, sujeitos ao crime de prevaricação e a outras sanções administrativas, especialmente se tratando de um equipamento público.

Contudo, alguns pontos devem ser destacados: em primeiro lugar, a própria Lei de Drogas estabelece, em seu art. 2º, *caput* e parágrafo único, e nos tipos incriminadores, a hipótese de autorização regulamentar, bem como a competência da União para autorizar a utilização de substâncias prescritas para fins medicinais. Com isso, seria possível construir uma regulamentação que dê segurança jurídica a usuários e funcionários das SCD, especialmente se contar com o apoio institucional do Poder Judiciário e do Ministério Público. Tal solução, salvo melhor julgamento, poderia resolver o problema da indisponibilidade da ação no processo penal brasileiro, frequentemente mencionado como obstáculo a um eventual acordo com o sistema de justiça criminal no país²⁶.

Em segundo lugar, o julgamento do RE 635.959 pelo Supremo Tribunal Federal, que trata da constitucionalidade do art. 28 da Lei de Drogas, poderá estabelecer novos parâmetros para a questão do porte de drogas para uso pessoal. A inclusão dessa perspectiva na decisão do STF daria a sustentação necessária ao processo de formulação da política pública. De qualquer forma, não resta dúvida de que a questão jurídica merece o devido aprofundamento, para além das limitações deste artigo.

2.3. Como conciliar as questões legais com as SCD: as experiências internacionais

Nem sempre a instalação das SCD ocorreu depois de sua regulamentação legal ou administrativa, como observado por Schatz & Nougier: “Nos fins da década de 1980 e inícios da década de 1990, viu-se uma implementação das primeiras iniciativas para a criação das SCD na Suíça, Alemanha e Países Baixos. Embora esses países iniciaram a experimentar esta nova medida de redução de danos, as SCD ainda não estavam oficialmente incluídas nas legislações nacionais”²⁷.

Em todos os países que introduziram as SCD como políticas públicas locais a compra de drogas está proibida por lei. Alguns desses países possuem leis ainda mais severas que as brasileiras em relação aos usuários (SENAD, 2015). Na Dinamarca, Suécia e Luxemburgo, a posse para uso pessoal de drogas como cocaína e heroína é crime e pode ser punida com prisão. Nem por isso as barreiras legais nesses países impediram que novas políticas de redução de danos fossem experimentadas e adotadas como políticas de Estado. Por outro lado, em alguns países, a introdução das SCD foi precedida de alguma previsão legal, como a Espanha, Canadá e Austrália. Isso não significa que o processo de implementação das salas tenha sido necessariamente mais fácil do que no primeiro grupo, com a exceção da Espanha. Apresentamos, a seguir, de forma sintética, como esses seis países conciliaram as SCD com as suas legislações nacionais.

25“Art. 39. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”.

26 V. item III.B, *infra*, sobre parcerias multissetoriais.

27 Schatz & Nougier (trad. orig.), 2012, p.2.

Suíça

Embora a primeira SCD na Suíça tenha sido instalada em 1986, e no ano seguinte novas salas tenham sido introduzidas em três outras cidades, o país não dispunha de nenhum marco legal para isso. Em 1988, a primeira sala foi oficialmente permitida, após negociações que envolveram membros do Ministério Público e do Judiciário. Logo após, em 1989, o Escritório Federal da Saúde Pública da Suíça²⁸ encomendou um parecer jurídico sobre as SCD à Universidade de Berna. O parecer concluiu pela legalidade das salas, uma vez que as atividades estão voltadas exclusivamente para a redução dos danos aos usuários por meio de abordagem médica supervisionada, sem qualquer permissão ou interferência em relação ao tráfico de drogas. O país atribuiu às SCD a classificação de equipamentos de saúde, isentando-as, assim, de intervenções policiais em decorrência do uso de drogas em seu interior (Hedrich, 2004, p.15).

Cerca de uma década depois, o Escritório Federal da Saúde Pública levou a discussão à esfera internacional. O órgão encomendou um parecer legal ao *Swiss Institute of Comparative Law* sobre a legalidade das SCD perante as convenções internacionais sobre drogas. O Instituto concluiu pela inexistência de violação, uma vez que os instrumentos internacionais não oferecem nenhuma orientação sobre a matéria: “[As convenções de drogas] não fornecem nenhuma orientação aos tomadores de decisão sobre a utilidade das salas públicas de consumo de drogas para fins de reabilitação e reintegração social dos dependentes, a redução do sofrimento humano e a eliminação de incentivos financeiros para o tráfico ilícito. Na verdade, não se trata de uma questão legal, no sentido de que os especialistas da área de saúde, os assistentes sociais e os formuladores de políticas sanitárias têm muito mais condições de fornecer respostas confiáveis do que os advogados. Nosso Instituto certamente não está em nenhuma posição para fornecer uma resposta concreta²⁹”.

Países Baixos

Assim como na Suíça, as SCD foram inicialmente introduzidas de maneira informal nos Países Baixos. A primeira sala foi criada em 1990 por uma igreja da cidade de Roterdã, que realizava trabalhos sociais na localidade e passou a tolerar que os usuários utilizassem drogas no local. Mas foi apenas em 1994 que a SCD foi regularizada e incluída na rede de serviços oficiais (Öner, 2014, p.111).

Somente em 1996 as SCD obtiveram amparo legal a nível nacional. O Colegiado dos Procuradores (*College van Procureur-generaal*) estabeleceu orientações especificando que o consumo de drogas ilícitas deveria ser tolerado no interior desses estabelecimentos, desde que estivesse em consonância com as políticas de drogas implementadas pelas autoridades locais. A partir desse momento, as SCD obtiveram suporte dos governos locais, na maioria dos casos como uma política de redução da desordem pública – *public nuisance*. Esse foi o caso de Roterdã, em que as SCD integraram uma estratégia de remoção das cenas de uso em espaços públicos, bem como o tráfico e prostituição a elas associados. A instalação e operação das SCD dependem de diretrizes locais; alguns distritos estabelecem que estas salas devem ser desenvolvidas em conjunto com as demandas locais de comerciantes e residentes, além das autoridades governamentais (Hedrich, 2004, p.18).

Alemanha

Na Alemanha as SCD foram introduzidas informalmente nos anos 1990 como resposta ao fenômeno das cenas de uso de drogas em espaços públicos nas grandes metrópoles alemãs. Em 1993, as

28 Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP)

29 Swiss Institute of Comparative Law (trad. orig.), 2000, p.4.

autoridades da saúde da cidade de Frankfurt demandaram um parecer jurídico à corte regional buscando esclarecer se as SCD violavam a lei de drogas alemã (BtMG), ao Código Penal alemão, ou as convenções internacionais. A corte concluiu que as SCD são compatíveis com a legislação local e internacional, uma vez que a aquisição, posse ou compra de drogas ilícitas não estão permitidos nas instalações e que o consumo está adequadamente controlado e supervisionado por profissionais especializados (Hedrich, 2004, p.16).

Com base no parecer, as SCD de Frankfurt passaram a ser oficialmente toleradas. Não obstante, a legalidade das salas permaneceu alvo de controvérsia em outras partes do país. A questão chegou até o parlamento alemão (*Bundestag*) em 1999, que aprovou uma emenda à lei de drogas para autorizar os estados federados a regulamentar as SCD e incorporá-las às políticas locais de redução de danos. A emenda à seção 10ª da Lei de Drogas estabelece os padrões mínimos para as SCD no território alemão, que variam desde provisões de assistência média, serviços oferecidos e recomendações operacionais.

Canadá

Durante os anos 1990, as taxas de infecção de AIDS, HIV e Hepatite C aumentaram drasticamente entre os usuários de drogas. Em 1996, quase metade da população diagnosticada com HIV era composta por usuários de drogas (Elliot, 2002, p.1). Diante desse cenário, a demanda por políticas de redução de danos, que incluíam a criação das SCD, passou a ser uma bandeira de muitos funcionários do campo da saúde.

A Lei de Drogas canadense (*Controlled Drugs and Substances Act*, de 1996) veda serviços como as SCD, salvo nos casos de interesse público reconhecido pelo Ministério da Saúde. Foi com essa autorização específica que a primeira SCD da América do Norte, a *Supervised Injection Site* (Insite), foi instalada em 2003 como um projeto piloto teste na cidade de Vancouver. Após o fim da primeira autorização, em 2006, a licença passou a ser renovada anualmente, mediante forte pressão dos setores interessados na manutenção da Insite. Não obstante, em 2008, o Ministro da Saúde manifestou-se contrário a uma nova licença e indeferiu o pedido de reconhecimento da Insite como um serviço permanente de redução de danos (Schatz & Nougier 2012, p.11).

Diante do iminente fim do programa, considerado bem-sucedido entre usuários e funcionários da saúde, as partes interessadas apelaram à Justiça. Em 2008, a Alta Corte da província de British Columbia suspendeu a decisão do Ministério da Saúde, determinando que a Insite deveria continuar operando com base na legislação local (Öner, 2014, p.116). A batalha jurídica prosseguiu, envolvendo discussões sobre a aplicabilidade da legislação nacional ao caso ou questionando a própria constitucionalidade da Lei de Drogas. Em 2011, o caso foi levado à Corte Constitucional, que, em votação unânime, decidiu a favor da Insite. A corte fundamentou sua decisão nos resultados positivos dos serviços, comprovados pelos estudos elaborados durante o seu funcionamento. O tribunal concluiu que a permissão de funcionamento da Insite atenderia melhor ao objetivo da legislação de drogas do que a interrupção dos serviços, o que violaria os direitos humanos dos usuários em condição de vulnerabilidade (Schatz & Nougier, 2012, p.11).

Depois de muitos anos de advocacy pela ampliação e regulamentação dos serviços das SCD, o governo canadense aprovou diversas SCD entre 2016 e 2017. Atualmente, estão em funcionamento 7 SCD e outras 7 já foram autorizadas ou estão em fase final do processo de regulamentação, todas em cidades da província da Colúmbia Britânica, Quebec e Ontário. Ademais, 11 aplicações para a abertura de novas salas aguardam autorização das autoridades sanitárias para começar a funcionar nas províncias de Alberta, Ontário e Colúmbia Britânica³⁰.

30 A cidade e situação específica de cada uma das salas pode ser verificada em <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/supervised-consumption-sites/status-application.html>. Acessado em 21/07/2017.

Austrália

De forma similar ao Canadá, a primeira SCD australiana foi inicialmente aprovada como um projeto experimental. Apesar das restrições legais do *Drug Misuse and Trafficking Act 1985*, uma emenda adotada pelo parlamento de New South Wales permitiu que uma SCD fosse implementada na cidade de Sydney para um período de avaliação de 18 meses³¹. Devido às dificuldades na obtenção da licença e empecilhos legais impostos pela câmara de comércio local, o *Medical Supervised Injecting Centre* (MSIC), foi inaugurado somente dois anos depois. O serviço foi monitorado pelos órgãos de saúde e pela polícia, mas a sua avaliação foi delegada a um grupo de pesquisadores da universidade local que, por sua vez, reportou os resultados ao comitê específico do governo. O período de teste foi estendido por quase uma década. Em 2010, o parlamento de New South Wales concedeu ao MSIC o estatuto de serviço de saúde oficial e permanente (Schatz & Nougier, 2012, p.9; Hedrich, 2004, p.18).

Espanha

Na Espanha, o processo de implementação das SCD diferiu dos outros países. A política de drogas espanhola é descentralizada, de forma que os governos e autoridades locais têm autonomia para formular e executar as suas próprias políticas. Ademais, segundo a lei nacional, não há impedimento para a construção de políticas de redução de danos como as SCD. Estas podem, portanto, ser regulamentadas por autoridades locais de saúde. Além do apoio local, as SCD receberam suporte, em nível nacional, da *Agencia Nacional Antidrogas* e da *Agencia Nacional contra el SIDA*. A primeira sala foi instalada em 2000, na cidade de Villa de Vallecas, nas proximidades de Madri. Os serviços foram expandidos para outras três cidades: Barcelona, St. Adrià del Besòs, Bilbao e Lleida (Hedrich, 2004; SENAD, 2015; Schatz & Nougier, 2012).

2.4. Lições das experiências internacionais

Dois pontos principais, observados nas experiências internacionais, poderiam servir como orientação da implementação de uma SCD no Brasil.

Primeiramente, o passo inicial para a indução desse tipo de iniciativa não é necessariamente uma alteração legislativa. Em quase todos os casos, a criação das SCD antecedeu a regulamentação desses serviços e induziu a formulação de uma legislação específica. Se é verdade que os mecanismos e caminhos encontrados diferiram para cada país, também é certo que as soluções encontradas partiram de ações mais pontuais, para, depois, adotar soluções mais amplas e duradouras. Nesse sentido, as experiências internacionais apontam para o fato que a concretização e expansão das SCD somente foi possível, na maioria dos casos, a partir de um projeto piloto que estimulou o debate público sobre a legalidade e a pertinência desse tipo de serviço para as realidades nacionais.

Em segundo lugar, todos os países estudados conseguiram justificar a legalidade das SCD perante as leis domésticas, mesmo em locais que possuem uma legislação sobre drogas extremamente rígida. O direito internacional, como vimos, é inequívoco ao abrir espaço para novas

Se é verdade que os mecanismos e caminhos encontrados diferiram para cada país, também é certo que as soluções encontradas partiram de ações mais pontuais, para, depois, adotar soluções mais amplas e duradouras

³¹ O *Drug Summit Legislative Response Act 1999*.

iniciativas justificadas com base nas finalidades medicinais e científicas. No caso específico do Brasil, tais finalidades estão contempladas na Política Nacional de Drogas (PNAD) e na Lei 11.343/06, que prevê expressamente a hipótese de autorização regulamentar para fins medicinais ou científicos (art. 2º, parágrafo único), além de reconhecer, como prática oficial, as políticas de redução de danos para o uso problemático de drogas (art. 22, III).

Em síntese, entendemos que a legislação brasileira atual já permite a execução de um projeto inicial/ piloto, que, por sua vez, poderá fornecer subsídios para a posterior formulação de normas que regulamentem de forma mais detalhada esse tipo de serviço. É evidente que, no longo prazo, a consolidação da experiência em legislação própria terá o condão de que a política pública não seja interrompida por flutuações e mudanças da gestão política a qualquer nível federativo (Hunt, 2008).

3. Considerações para a formulação e implementação das SCD

Em nenhuma cidade onde as SCD foram instaladas o processo de formulação e implementação deste tipo de política pública ocorreu de forma rápida e simples; muitas dessas iniciativas não tiveram sucesso político, apesar do grande esforço investido (Herdich, 2004; Schatz & Nougier, 2012). As SCD foram instaladas a partir de um processo da base para o topo; trata-se de uma política pública formulada a partir da demanda de atores locais da sociedade civil e governo, orientadas para um público alvo local. Como vimos, as SCD foram introduzidas para atender as necessidades de saúde dos usuários e dependentes, ou para responder aos efeitos de desordem pública – *public nuisance* – e violência nos locais de consumo.

Por se tratar de um processo complexo e com muitas especificidades e atores, esta seção propõe-se a indicar os pontos chaves, com base nas experiências de outros países, para o sucesso de implementação das SCD. Utilizou-se como referência o guia elaborado por Hunt (2008) para o estabelecimento das SCD no Reino Unido. Ainda que o autor esteja focado em salas destinadas a usuários de drogas injetáveis, leis e contexto político inglês, muitos aspectos operacionais são úteis para a implantação de SCD em qualquer cidade.

3.1. Primeiros passos: mapeando as necessidades locais

A primeira etapa é o mapeamento de uma zona onde haja demanda por serviços como aqueles oferecidos pelas SCD. São alguns dos indicadores oferecidos por Hunt (2008, p.14)³² na identificação de tais demandas:

- **Altas taxas de uso problemático de drogas na população local;**
- **Altas taxas de moradores de rua entre os usuários de drogas da localidade;**
- **Altas taxas de overdoses fatais ou não entre os usuários de drogas;**
- **Más condições higiênicas no uso de drogas;**
- **Altas taxas de abuso de drogas e preocupação local.**

32 Adaptação e tradução originais.

Uma sondagem na localidade é necessária para a formulação de tais indicadores, focando tanto no aspecto da saúde como no da ordem pública. O autor sugere um levantamento sobre o perfil dos usuários, seus comportamentos de riscos, prevalência de doenças entre os usuários, assim como sobre as necessidades dos residentes - em relação à interação e percepção destes com as cenas de consumo de drogas em locais públicos.

Informações sobre o perfil de uso e dos usuários, como as coletadas pela Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (2014), são imprescindíveis para a definição dos serviços das SCD. Além do consumo higiênico supervisionado, outras circunstâncias - dados em relação ao comportamento sexual, presença de crianças entre os usuários, mulheres grávidas, entre outros - são importantes na formulação de serviços estratégicos que podem ser incorporados pelas SCD. Por exemplo: a Pesquisa Nacional sobre Uso do Crack informa que 60,15% dos usuários não usaram preservativo em pelo menos uma das relações sexuais no último mês - não obstante, 53,9% nunca fizeram um teste para HIV (2014, p.74). Tal informação indica que serviços de educação sexual e exames de sangue deveriam ser incluídos entre os serviços de uma eventual SCD no Brasil.

3.2. Parcerias multissetoriais

As experiências internacionais apontam que esse processo ocorreu pelo desenvolvimento de parcerias entre diversos atores locais do sistema de justiça criminal, segurança e saúde pública e lideranças comunitárias, exigindo esforços de setores bastante diversificados, como provedores de serviços públicos, pesquisadores, organizações comunitárias locais, defensores dos direitos dos consumidores de drogas, autoridades de segurança pública e residentes (Hedrich, 2004).

Para Hunt (2008), ainda que iniciado e liderado por um órgão do poder público, faz-se necessária a construção de uma parceria intersetorial, composta por múltiplos atores governamentais e da sociedade civil. No caso britânico, o autor identifica atores específicos dentro de cinco setores gerais: justiça criminal, saúde, autoridade local, comunidade e pesquisadores. Apesar das especificidades de cada país, esse caráter transversal e multidisciplinar foi fundamental para a implementação das SCD nos países europeus. O papel desempenhado por cada um dos setores pode ser resumido da seguinte forma:

- Justiça e segurança pública. Responsável pela garantia que o usuário cliente não seja perseguido criminalmente por fazer uso dos serviços da SCD³³. A polícia deve comprometer-se a não perseguir os usuários que estiveram em direção, saindo ou que estejam no interior da sala - esse tipo de acordo é realizado, normalmente, com o órgão responsável pelo policiamento da região onde se pretende instalar a SCD. Por esta razão, a lei alemã sobre drogas ressalta a necessidade de *“formas de cooperação com as autoridades locais responsáveis pela ordem pública e segurança para evitar, na medida do possível, qualquer infração penal a ser cometida nos arredores imediatos das salas de consumo de drogas”*³⁴ (BtMG, 2000);
- Autoridade governamental local. Segundo as experiências internacionais, o poder executivo local é o ponto focal de articulação e de coordenação do processo, principalmente em relação à condução nas discussões para o estabelecimento do plano de trabalho e expectativas do projeto;

33 Segundo a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, 41,6% usuários da droga relataram ter sido detidos no último ano. Os principais motivos de detenção foram o uso ou posse de drogas, correspondendo a 11,4% dos casos (2014, p.66).

34 Tradução original.

- Atores da comunidade local. Representantes das comunidades, grupos de usuários de drogas, líderes religiosos e comerciantes. Fundamentais para uma boa articulação entre o governo e a sociedade civil interessada e impactada pela iniciativa³⁵;
- Pesquisadores. Responsáveis por mapear as necessidades locais e por acompanhar os efeitos e impacto da SCD na saúde e bem-estar dos usuários e áreas delimitadas durante a formulação do plano de trabalho. As pesquisas, *papers* e textos informativos são catalisadores do processo de promoção desse tipo de iniciativas para outros lugares, na medida em que demonstram os resultados;
- Saúde. A expertise dos serviços que já trabalham com o público de usuários na rua é fundamental para a articulação e formulação dos serviços das SCD.

Embora a mídia não seja um dos atores diretamente envolvidos na implementação das SCD, uma articulação efetiva com a imprensa é fundamental para que o serviço oferecido pelas salas e para que seu potencial seja compreendido pela população, assim como para evitar a disseminação de possíveis entendimentos equivocados, porém frequentes, de que as SCD incentivam o uso de drogas. Com efeito, Hunt (2008, p.14) aponta que um dos passos básicos para a implantação de uma sala é o desenvolvimento de uma estratégia eficaz de comunicação local para responder à imprensa e demais demandas informativas.

3.3. Desenvolvimento de um acordo

As diferentes perspectivas e interesses dos envolvidos devem passar por um processo de construção de expectativas comuns sobre os fins e funcionamento da SCD. Hedrich (2004) observa que tal procedimento ocorreu, geralmente, por meio de longos períodos de conversas e discussões, orientadas por um plano de trabalho elaborado pelas autoridades locais, para coordenar e conciliar os diferentes interesses dos atores envolvidos. Esta etapa é de fundamental importância, pois até pessoas do mesmo grupo social podem apresentar perspectivas conflitantes e, por vezes, opostas.

Além dos atores envolvidos diretamente com a SCD, como entidades financiadoras, autoridades locais, funcionários do estabelecimento e usuários, a participação daqueles afetados de forma indireta, como os moradores e comerciantes locais, mostrou-se importante para delinear e apresentar a proposta de trabalho para esse tipo de serviço que, além de beneficiar os usuários, também tem o propósito de reduzir o impacto decorrente das cenas de uso em locais públicos. Nos países estudados, esse tipo de iniciativa foi bem aceita pelas comunidades locais, enquanto a polícia tende a ser mais cética.

A inclusão de um amplo número de atores envolvidos direta ou indiretamente no projeto é condição para um processo de aprendizagem coletivo e da formulação de expectativas e objetivos realistas. Os resultados dessa etapa são relatados por Hedrich (2004, p.24):

“(...) As intensas discussões - muitas vezes no âmbito das estratégias de coordenação pelas autoridades locais - produziram expectativas mais realistas sobre as salas de consumo por parte de todos os envolvidos, especialmente entre os principais atores, ou seja, a polícia e os serviços sociais (...). Em sua análise da dinâmica da formulação de políticas de drogas nas áreas metropolitanas, Küber e Wälti (2001) concluem que as estratégias de coordenação de políticas locais efetivamente iniciaram um processo de aprendizado coletivo, durante o qual os diversos atores ajustaram suas práticas para reduzir os efeitos contraproducentes de atividades anteriormente descoordenadas”³⁶.

35 Como vimos, na Austrália, o projeto de instalação da SCD foi dificultado pelos comerciantes locais. Uma implementação depende de uma estreita coordenação e convergência dos objetivos.

36 Tradução original.

Este foi o caso dos Países Baixos, onde as atuais SCD originaram-se de iniciativas dos residentes em cooperação com a polícia e apoiados por autoridades locais com o fim de reduzir os distúrbios causados pelo consumo de drogas nas áreas residenciais (Hedrich, 2004, p.9).

Na Alemanha, a implementação das SCD foi impulsionada por demandas locais dos cidadãos, empresários e funcionários públicos incomodados com a dinâmica do consumo de drogas em espaços públicos, como as principais estações de trens, ou do impacto das cenas de uso em espaços turísticos (Schatz & Nougier, 2012, p.7).

No Canadá, a implementação da SCD só foi possível, mesmo com a oposição do governo federal, por conta do apoio social e político local (Öner, 2014, p.116): “Embora um aspecto fundamental do sucesso da Insite tenha sido o amplo apoio da comunidade e dos políticos locais, o governo conservador federal tem sido explícito em sua oposição a programas de redução de danos desde 2007”³⁷.

Após a convergência das expectativas, Hunt (2008) sugere que seja feito um acordo formal entre altas autoridades, para impedir que o objetivo do projeto não sofra alterações com o tempo. Ademais, o autor sugere que, além da previsão formal de imunidade dos usuários quando estiverem em direção, saindo ou presentes nos estabelecimentos da SCD, idêntico compromisso deve ser adotado para todas as atividades executadas pelos funcionários das salas, como o de orientações para o uso seguro das substâncias, fornecimento de seringas, etc., que, a depender da interpretação da lei, podem ser incriminadas pelas forças de segurança, como vimos³⁸.

3.4. Questões operacionais e processuais

Os aspectos operacionais das SCDs variam de acordo com a realidade de cada país e localidade. Contudo, alguns aspectos podem ser destacados como de alcance geral:

- **Definição do critério de admissão.** Todas as SCD especificam, claramente, o público alvo do serviço. Geralmente, destinam-se a usuários de drogas que apresentam elevado risco de infecções virais, em condições socioeconômicas desfavoráveis e, particularmente, pessoas sem moradia (Hedrich et al 2010, p.306). Deste modo, as SCDs tendem a não incluir o público que faz uso recreativo de drogas. Além disso, várias questões relevantes devem ser consideradas durante o processo de formulação dos critérios de admissão, como, por exemplo:

- Idade mínima³⁹
- Gravidez⁴⁰
- Adultos acompanhados por crianças
- Uso de outras drogas além das previstas como alvo (p. ex. álcool⁴¹)
- Pessoas em tratamento para dependência
- Protocolos de encaminhamento de pessoas não elegíveis

37 Tradução original.

38 Exemplo de acordo, em inglês, pode ser conferido em Hunt (2008: p.18), disponível em: <https://www.jrf.org.uk/report/guidance-standards-establishment-and-operation-drug-consumption-rooms-uk>. Acessado em 14/06/2017.

39 Esse ponto é de relevância no Brasil, no que se refere à população usuária do crack. Segundo a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack (2014, p.139), dentre os 370 mil usuários, 14% são menores de idade, o que corresponde a 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso dessa substância no país.

40 A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (2014, p.95) evidencia que cerca de 13% das mulheres usuárias entrevistadas relataram estar grávidas.

41 No caso do Brasil, a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (2014, p.56-57) aponta para a “forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentemente consumidas” – mais de 80% dos usuários no Brasil.

- **Escolha do local de implementação.** Esta deve limitar-se aos locais públicos já utilizados pelos usuários para o consumo de drogas. Na cidade alemã de Hamburgo, buscou-se descentralizar as SCDs para outros distritos que não o local das cenas de uso, mas a política demonstrou-se ineficaz: as cenas de uso permaneceram e as salas instaladas receberam poucos clientes. Esse foi um dos elementos que tornou politicamente aceitável a implantação dessas salas no centro de Hamburgo (Hedrich, 2004, p.36-37).
- **Estratégias para estabelecer a confiança do grupo alvo.** As experiências analisadas foram relativamente bem-sucedidas no processo de assegurar a aceitação dos serviços pelos beneficiários (Hedrich et al., 2010, p.311). Isso foi possível por meio de processos inclusivos durante a etapa de discussões iniciais, incorporando ao debate grupos representantes dos usuários e dos serviços que já atendiam ao público-alvo.
- **Escolha do modelo de sala.** Consiste na escolha se esse tipo de serviço estará ou não integrado ao sistema de saúde e de assistência social, a programas já existentes voltados ao público-alvo, e se será feito por meio de parcerias públicas, privadas ou mistas⁴².
- **Definição dos tipos de serviços oferecidos.** Além da supervisão de um consumo higiênico, pode-se optar pela inclusão de serviços de teste de infecções, doenças sexualmente transmissíveis como hepatite C e HIV, educação sexual etc. Para isso, é necessário saber as demandas a serem atendidas. Como já ressaltado, pesquisas direcionadas - como a Pesquisa Nacional sobre o Crack (2014) - podem indicar as lacunas a serem preenchidas pelo serviço público em relação aos usuários de crack. No entanto, faz-se necessário um levantamento local específico para que os serviços possam de fato corresponder às necessidades locais.
- **Projetos de pesquisa e avaliação.** Os exemplos de Vancouver e Sydney demonstram a importância da execução de estudos de avaliação desde a inauguração das SCDs, de forma a comparar os resultados com a situação de outras localidades onde a sala não foi instalada. Para isso, a coleta de dados antes e depois da implementação da sala é fundamental. Relatório da Joseph Rowntree Foundation chama a atenção para importância da inteligência e dados da polícia para medir o impacto da introdução da sala no território, assim como em assessorar a escolha do local de instalação do serviço (JRF, 2006, p. 100).
- **Protocolo de conduta do usuário.** Hunt (2008) sugere que seja elaborado um código de conduta, divulgado e apresentado ao usuário, que deverá assinar um termo de consentimento. Caso o protocolo não seja cumprido, o código deverá apresentar as respectivas sanções de maneira clara, como a suspensão temporária ou permanente do serviço. Entre as regras sugeridas é possível destacar:
 - ⊗ Proibição do fornecimento de drogas entre os usuários. Um dos objetivos centrais da sala é isolar o consumo do tráfico, portanto, a venda de substância no interior do estabelecimento deveria ser proibida;
 - ⊗ Entrada na sala apenas com quantidades da droga para consumo pessoal;
 - ⊗ Proibição absoluta de atos de violência ou agressão;
 - ⊗ Procedimento e regras para o uso de drogas;
 - ⊗ Respeito aos funcionários;
 - ⊗ Tempo máximo para o uso da sala;
 - ⊗ Respeito aos procedimentos de higiene estabelecidos para o uso.

42 Ver item 1.6 ("Modelos das SCD"), supra, sobre os modelos de SCD no mundo.

- **Protocolo de conduta do funcionário.** Determinar qual tipo de assessoramento os funcionários podem fornecer aos usuários e como devem proceder em situações de emergência, como casos de intoxicação aguda, conflito entre os usuários e situações de risco de infecção via fluidos corporais como vômito, sangue e equipamentos usados.
- **Protocolo de funcionamento da SCD.** Horários, cadastro dos usuários e normas de entrada e saída do estabelecimento.
 - ⊗ Os horários de funcionamento são mais eficazes quando correspondem aos períodos de maior presença de usuários; alguns serviços abrem as portas inclusive nos fins de semana.
 - ⊗ No que condiz às regras de entrada, algumas salas estabelecem que após a saída do usuário, a sua reentrada somente será permitida após uma hora. Tal política tem como objetivo de evitar a presença do tráfego nas portas da instalação.
 - ⊗ Os cadastros são comumente utilizados para registrar os clientes da SCD e permitir a sua entrada cotidiana. Muitas salas utilizam cédulas de identidade ou senhas. No caso do Brasil, sugerimos que as regras de privacidade em relação aos registros e prontuários dos usuários da SCD sigam os padrões dos serviços do Sistema Único de Saúde.
- **Protocolo de segurança.** Além da segurança do estabelecimento, também devem ser definidos os protocolos de tratamento dos usuários que não respeitam as normas de condutas estabelecidas, de forma a se evitar ao máximo o recurso às forças policiais.
- **Políticas de encaminhamento para outros serviços.** Usuários que requisitarem tratamento, atendimento médico ou medida não disponibilizada pela SCD devem ser encaminhados aos serviços competentes.

Estes pontos não foram explorados de forma exaustiva, para que as discussões e os atores participantes possam construir tais requisitos conjuntamente⁴³.

Por fim, uma vez acordado e negociado um projeto experimental de SCD, o seu financiamento não deveria ser uma dificuldade, por se tratar de equipamento de baixo custo, na medida em que a estrutura operacional não requer grande complexidade e pela sua natureza complementar aos demais serviços de saúde. As estratégias de financiamento de uma fase operacional no Brasil podem ocorrer por meio de convênios entre entes públicos; parcerias mistas, financiadas pelo poder público e executada por organizações da sociedade civil; ou ainda financiamento privado de fundações e organizações internacionais e nacionais da sociedade civil para uma execução do projeto em parceria com atores públicos. A partir da experiência de projetos piloto, eventuais diretrizes para o financiamento público de SCD deverão ser objeto de uma discussão mais ampla e aprofundada, de forma a pensar as salas como política de saúde pública, integrada à Rede de Atenção Psicossocial e articulada com o Sistema Único de Assistência Social.

⁴³ Para um detalhamento dos aspectos operacionais e processuais que devem ser levados em consideração, ver Hunt (2008).

Conclusão

As SCDs tiveram um efeito positivo em relação aos principais objetivos que visavam cumprir. Primeiramente, na saúde dos usuários, por meio da promoção do consumo higiênico e supervisionado, o que reduziu as práticas de risco e, conseqüentemente, as taxas de doenças virais. Outro êxito das SCD foi a redução do consumo em espaços públicos, separando o uso de drogas do contexto de violência associado ao tráfico de entorpecentes e evitando a degradação do espaço público. Ambos resultados são o reflexo da capacidade das SCD em atingir as populações mais vulneráveis e de difícil acesso, bem como da aceitação dos seus serviços pelas comunidades afetadas direta e indiretamente.

Entretanto, apesar de tais evidências, a instalação das SCD continua um desafio. Não são poucos os países que tentam, sem sucesso, implementá-las em seu território. Este é o caso do Reino Unido e Portugal - que, não obstante, pretendem fazer novas tentativas em breve⁴⁴. A Grécia, que dispunha de uma SCD até 2014, fechou o estabelecimento por dificuldades políticas. Embora os projetos pilotos da Austrália e do Canadá tenham sido a principal referência dos estudos sobre os resultados positivos das SCD, a expansão de tais serviços tem sido um desafio. Apenas recentemente, após anos de *advocacy* de profissionais da saúde e da sociedade civil organizada, que o governo do Canadá autorizou a instalação de novas SCD. Na Austrália, até o momento, a iniciativa não se estendeu além do projeto piloto em Sidney.

Esta pesquisa identificou que tais dificuldades foram predominantemente legais e políticas. Muitos países apresentavam leis extremamente rígidas em relação aos usuários e contextos políticos desfavoráveis. Ainda assim, outros conseguiram incorporar as SCD em suas políticas nacionais. Observa-se, nesses países, que a mudança ou permissão legal não foi, necessariamente, o primeiro passo para a indução desse tipo de iniciativa; a criação das SCD antecedeu a regulamentação legal desses serviços e foi justamente o fator que impulsionou a mudança ou debate jurídico. Na esfera política, a cooperação entre atores locais da sociedade civil e a classe política permitiu a formação de parcerias intersetoriais baseadas no consenso, e possibilitou a implementação dessas iniciativas.

As razões para esses casos de sucesso podem ser resumidas nos três pontos indicados por Hedrich (et al., 2010)⁴⁵:

Integração das SCD a uma ampla rede de políticas públicas, voltada para redução de danos individuais e sociais provenientes do uso problemático de drogas.

Apoio e uma estreita cooperação, construída na base do consenso, entre os atores locais chaves, especialmente entre aqueles da esfera da saúde, política, autoridades locais, comunidades locais e usuários.

Entendimento das SCD, por parte da população, pelo o que realmente são: serviços específicos com o objetivo de reduzir os problemas sociais e de saúde, vinculados ao uso problemático de drogas, que atingem populações vulneráveis e de alto risco, e que respondem a necessidades que outros serviços falharam em atender.

Diante da persistência das cenas públicas de uso de drogas no Brasil, do perfil de extrema vulnerabilidade dos usuários desses territórios, e dos reiterados fracassos das políticas tradicionais voltadas a esse público, entendemos que estão dadas as condições políticas, jurídicas e sociais para que uma iniciativa desse tipo seja implementada em nosso país.

44 Ver notas 10 e 11, supra.

45 Tradução original de Hedrich (et al., 2013). Adaptado de Rodes & Hedrich (Eds). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisboa: EMCDDA, 2010. p. 305-331.

Glossário

- **Salas de Consumo de Drogas (SCD):** espaços protegidos para o consumo higiênico de drogas previamente adquiridas, sob a supervisão de funcionários qualificados.
- **Redução de Danos:** políticas, programas e práticas que visam mitigar consequências econômicas, sociais e de saúde negativas causadas pelo uso de drogas psicoativas legais ou ilegais, sem ter a abstinência como pré-requisito. Por isso, costuma-se dizer que tais iniciativas são de baixa exigência.
- **Consumo problemático de drogas:** consumo de droga prolongado e regular com consequências econômicas, sociais e de saúde negativas, de manifestação específica para cada tipo de substância.
- **Equipamento público:** estabelecimentos para prestação de serviços públicos, como o acolhimento de pessoas em situação de risco ou unidades de saúde.
- **Descriminalização do consumo de drogas:** não aplicação de penas criminais para uso ou posse de drogas ou parafernália para uso pessoal, às vezes também usado para referir-se a outras infrações menores relacionadas a drogas. A posse permanece sendo uma infração sujeita a sanções civis ou administrativas.
- **Critérios de distinção entre porte para consumo e para tráfico de drogas:** parâmetros previamente estabelecidos para orientar a distinção jurídica de um fato como “porte de drogas para consumo próprio” ou “tráfico de drogas”, a partir de características observáveis e aferíveis pelos aplicadores da Lei.
- **Estratégias integrais (políticas públicas):** Políticas que promovam a integração e o reforço mútuo de serviços complementares, por meio da formação de redes multissetoriais e interdisciplinares.
- **Políticas multissetoriais:** políticas que permeiem e integrem diversas competências e funções sociais para uma determinada finalidade, geralmente para o tratamento de temas complexos e interdisciplinares.
- **Cena aberta de uso (Fluxo):** locais de congregação e interações sociais com maior concentração do consumo e geralmente de tráfico de drogas em espaços públicos.
- **Regime internacional de controle de substâncias:** estrutura normativa e regulatória internacional para o controle da circulação e da disponibilidade de drogas, que inclui as três Convenções da ONU - documentos de referência para as políticas nacionais: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988.

Bibliografia

CARLOS, J. (2015). *Política de drogas e encarceramento em São Paulo*. Brasil: International Drug Policy Consortium Publication.

COLLINS, C. et al. (2005). *Potential uptake and correlates of willingness to use a supervised smoking facility for noninjection illicit drug use*. Journal of Urban Health.

COOK, C. et al. (2010). *The diffusion of harm reduction in Europe and beyond*. In RODES & HEDRICH (Eds). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisboa: EMCDDA.

DEBECK, K. et al. (2011). *Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder*. Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy.

DOLAN, K. et al. (2000). *Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia*. Drug and Alcohol Review 19, p.337-346.

ELLIOT, R. et al. (2002). *Establishing safe injection facilities in Canada: Legal and ethical issues*. Canadian HIV/AIDS Legal Network.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. (2017). *Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms>

FISCHER, B.; ALLARD, C. (2007). *Feasibility Study on 'Supervised Drug Consumption' Options in the City of Victoria*. Centre for Addictions Research of British Columbia (CARBC). Canadá: University of Victoria.

FORTSON, R. (2006). *Setting up a drug consumption room: Legal issues*. York: Joseph Rowntree Foundation.

FRÚGOLI JR, H.; SPAGGIARI, E.. (2010). *Da "cracolândia" aos noias: percursos etnográficos no bairro da Luz*. Nau-USP, Revista Ponto Urbe, n. 6.

HEDRICH, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

HEDRICH, D. et al. (2010). *Drug consumption facilities in Europe and beyond*. In RODES & HEDRICH (Eds). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisboa: EMCDDA, p. 305-331.

HUNT, N. (2008). *Guidance on standards for the establishment and operation of drug consumption rooms in the UK*. York: Joseph Rowntree Foundation.

_____. (2006). *An overview of models of delivery of drug consumption room*. York: Joseph Rowntree Foundation.

ICICT/FIOCRUZ. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack*. Rio de Janeiro: Gráfica e Editora Carioca Ltda.

JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO de ENTORPECENTES. (2000). *Report of the International Narcotics Control Board for 1999*. Nova York: Nações Unidas.

_____. (2001). *Report of the International Narcotics Control Board for 2000*. Nova York: Nações Unidas.

_____. (2003). *Report of the International Narcotics Control Board for 2002*. Nova York: Nações Unidas.

_____. (2017). *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*. Nova York: Nações Unidas.

JOSEPH ROWENTREE FOUNDATION. (2006). *The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms*. York: Joseph Rowntree Foundation.

KPMG. (2010). *Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre during its extended Trial period. (2007-2011), v1.1. 14 set.*

MARQUES, M. G. et al. (2011). *Prisão provisória e Lei de drogas: Um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

MCNEIL, R. et al. (2015). "We need somewhere to smoke crack": *An ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada*. International Journal of Drug Policy. Disponível em: http://vahabonline.com/wp-content/uploads/2015/04/paper%E2%80%9CWe-need-somewhere-to-smoke-crack%E2%80%9D-An-ethnographic-study-of_s8541.pdf.

ÖNER, M. Z. (2014). *An overview of drug consumption rooms*. Human Rights Review, n.8, dez.

PEACEY, J. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Client experience survey in Amsterdam and Rotterdam*. Amsterdã: European Reduction Network.

POTIER, C., et al. (2014). *Supervised injection services: What has been demonstrated? A systematic literature review*. Drug Alcohol Depend. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/268331889_Supervised_injection_services_What_has_been_demonstrated_A_systematic_literature_review..

RUI, T. (2014). *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome.

SCHÄFFER, D.; STÖVER, H. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges*. Amsterdã: European Harm Reduction Network.

SCHATZ, E; NOUGIER, M. (2012). *Salas de Consumo de Drogas: Evidencias y prácticas*. Londres: Consórcio Internacional sobre Políticas de Drogas.

SHANNON, K. et al. (2006). *Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users*. Harm Reduction Journal.

SWISS INSTITUTE OF COMPARATIVE LAW. (2000). *Use of Narcotic Drugs in Public Injection Rooms under Public International Law*, AVIS, n.7, p.99-121.

UNODC Legal Affairs Section. (2002). *Flexibility of Treaty Provisions as Regards Harm Reduction Approaches*. Disponível em: <http://www.communityinsite.ca/INCB-HarmReduction.pdf>.

_____. Drug policy provisions from the international drug control Conventions. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/hlr/Drug_policy_provisions_from_the_international_drug_control_Conventions.pdf.

WOODS, S. (2014). *Drug consumption rooms in Europe: organizational overview*. Amsterdam: European Reduction Network.

Outras publicações do Instituto Igarapé

ARTIGOS ESTRATÉGICOS

ARTIGO ESTRATÉGICO 27 - Situações extraordinárias: a entrada de mulheres na linha de frente das Forças Armadas brasileiras
Renata Avelar Giannini, Maiara Folly e Mariana Fonseca Lima
(Agosto 2017)

ARTIGO ESTRATÉGICO 26 - A percepção de crianças e adolescentes sobre a segurança e a violência: a aplicação do Índice de Segurança da Criança em uma escola
Renata Avelar Giannini, Maiara Folly, Monica de Cassia Nehrebeck e Willian Vinícius Silva
(Junho 2017)

ARTIGO ESTRATÉGICO 25 - O Brasil e o Marco Civil da Internet. O Estado da Governança Digital Brasileira
Daniel Arnaudo
(Abril 2017)

ARTIGO ESTRATÉGICO 24 - Confiança em desenvolvimento: o Brasil e os projetos de impacto rápido
Eduarda Hamann, Henrique Garbino e Maiara Folly
(Abril 2017)

ARTIGO ESTRATÉGICO 23 - Controlando el territorio y construyendo seguridad y justicia en el posconflicto colombiano. Edición especial de los Diálogos por la Seguridad Ciudadana
(Dezembro 2016)

ARTIGO ESTRATÉGICO 22 - Durões contra os fracos; fracos frente aos durões: as leis de drogas e a prática da ação policial
Juan Carlos Garzón Vergara
(Outubro 2016)

ARTIGO ESTRATÉGICO 21 - Infância e Segurança: um estudo sobre a percepção da violência por crianças e adolescentes do Complexo do Muquiço, Rio de Janeiro
Renata A. Giannini, Maiara Folly, Victor Ladeira, Andressa Werneck e Renata Siqueira
(Julho 2016)

ARTIGO ESTRATÉGICO 20 - Making Cities Safer: Citizen Security Innovations from Latin America
Robert Muggah, Ilona Szabo de Carvalho, Nathalie Alvarado, Lina Marmolejo e Ruddy Wang
(Junho 2016)

ARTIGO ESTRATÉGICO 19 - Construindo Planos Nacionais de Ação eficazes: coletânea de boas práticas
Renata A. Giannini
(Março 2016)

ARTIGO ESTRATÉGICO 18 - “When Kids Call the Shots” Children’s perceptions on violence in Recife, Brazil, as per the ‘Child Security Index’

Helen Moestue, Katherine Aguirre e Renata A. Giannini

(Dezembro 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 17 - Where is Latin America? Reflections on Peace, Security, Justice and Governance in the Post-2015 Sustainable Development Agenda

Renata A. Giannini

(Outubro 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 16 - Políticas de Drogas no Brasil: A Mudança já Começou

Ilona Szabó de Carvalho e Ana Paula Pellegrino

(Março 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 15 - Nuevos retos y nuevas concepciones de la seguridad en México

Edición especial de los Diálogos por la Seguridad Ciudadana

(Março 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 14 - A ‘Third Umpire’ for Policing in South Africa – Applying Body Cameras in the Western Cape

David Bruce e Sean Tait

(Março 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 13 - Brazil and Haiti: Reflections on 10 Years of Peacekeeping and the Future of Post-2016 Cooperation

Eduarda Passarelli Hamann (org.)

(Janeiro 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 12 - Measurement Matters: Designing New Metrics for a Drug Policy that Works

Robert Muggah, Katherine Aguirre e Ilona Szabó de Carvalho

(Janeiro 2015)

ARTIGO ESTRATÉGICO 11- Desconstruindo a segurança cibernética no Brasil: ameaças e respostas

Gustavo Diniz, Robert Muggah e Misha Glennly

(Dezembro de 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 10 - Expansão Digital: como as novas tecnologias podem prevenir a violência contra crianças nos países do hemisfério sul

Helen Mostue e Robert Muggah

(Novembro 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 9 - romover Gênero e Consolidar a Paz: A Experiência Brasileira

Renata A. Giannini

(Setembro 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 8 - Tornando as Cidades Brasileiras mais Seguras: Edição Especial dos Diálogos de Segurança Cidadã

Michele dos Ramos, Robert Muggah, José Luiz Rattton, Clarissa Galvão, Michelle Fernandez, Claudio Beato, Andréa Maria Silveira, Melina Ingrid Risso e Robson Rodrigues.

(Julho 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 7 - Changes in the Neighborhood: Reviewing Citizen Security Cooperation in Latin America

Robert Muggah e Ilona Szabó de Carvalho

(Março 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 6 - Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias

Robert Muggah e Gustavo Diniz

(Janeiro 2014)

ARTIGO ESTRATÉGICO 5 - Protegendo as Fronteiras: o Brasil e sua estratégia "América do Sul como prioridade" contra o crime organizado transnacional

Robert Muggah e Gustavo Diniz

(Outubro 2013)

ARTIGO ESTRATÉGICO 4 - To Save Succeeding Generations: UN Security Council Reform and the Protection of Civilians

Conor Foley

(Agosto 2013)

ARTIGO ESTRATÉGICO 3 - Momento Oportuno: Revisão da Capacidade Brasileira para Desdobrar Especialistas Cíveis em Missões Internacionais

Eduarda Passarelli Hamann

(Janeiro 2013)

ARTIGO ESTRATÉGICO 2 - A Fine Balance: Mapping Cyber (in)security in Latin America

Gustavo Diniz e Robert Muggah

(Junho 2012)

ARTIGO ESTRATÉGICO 1- Mecanismos Nacionais de Recrutamento, Preparo e Emprego de Especialistas Cíveis em Missões Internacionais

Eduarda Passarelli Hamann

(Maio 2012)

NOTAS ESTRATÉGICAS

NOTA ESTRATÉGICA 27 - À Margem do Perigo: preparo de civis brasileiros para atuação em países instáveis

Eduarda Passarelli Hamann

(Junho 2017)

NOTA ESTRATÉGICA 26 - Haitian Women's Experiences of Recovery from Hurricane Matthew
Athena Kolbe, Marie Puccio, Sophonie M. Joseph, Robert Muggah e Alison Joersz
(Junho 2017)

NOTA ESTRATÉGICA 25 - The Future of United Nations Peacekeeping Operations from a Brazilian
Perspective (implementing the HIPPO report)
Eduarda Hamann and Adriana Erthal Abdenur
(Março 2017)

NOTA ESTRATÉGICA 24 - Em Busca da Igualdade de Gênero: boas práticas para a implementação da
agenda sobre mulheres, paz e segurança
Maiara Folly e Renata Avelar Giannini
(Março 2017)

NOTA ESTRATÉGICA 23 - Filling the accountability gap: principles and practices for implementing body
cameras for law enforcement
Robert Muggah, Emile Badran, Bruno Siqueira e Justin Kosslyn
(Novembro 2016)

NOTA ESTRATÉGICA 22 - Latin American Dialogue on International Peace and Security
Reviewing the prospects for peace operations, peacebuilding and women, peace and security
(Maio 2016)

NOTA ESTRATÉGICA 21 - Assessing Haiti's Electoral Legitimacy Crisis – Results of a 2016 Survey
Athena R. Kolbe e Robert Muggah
(Fevereiro 2016)

NOTA ESTRATÉGICA 20 - Impact of Perceived Electoral Fraud on Haitian Voter's Beliefs about
Democracy
Athena R. Kolbe, Nicole I. Cesnales, Marie N. Puccio e Robert Muggah
(Novembro 2015)

NOTA ESTRATÉGICA 19 - A Força de uma Trajetória: O Brasil e as operações de paz da ONU
(1948-2015)
Eduarda Passarelli Hamann
(Outubro 2015)

NOTA ESTRATÉGICA 18 - Implementing UNSC Resolution 1325 in Brazil: surmounting challenges and
promoting equality
Renata A. Giannini, Mariana Lima e Pérola Pereira (Outubro 2015)

NOTA ESTRATÉGICA 17 - A Reforma do Conselho de Segurança da ONU: visão de mundo e
narrativas do Brasil
Eduarda Passarelli Hamann
(Maio 2015)

NOTA ESTRATÉGICA 16 - Break Your Bones: mortality and morbidity associated with Haiti's Chikungunya epidemic

Athena R. Kolbe, Augusta Herman e Robert Muggah (Julho 2014)

NOTA ESTRATÉGICA 15 - New Technologies for Improving Old Public Security Challenges in Nairobi

Mads Frilander, Jamie Lundine, David Kutalek e Luchetu Likaka

(Junho 2014)

NOTA ESTRATÉGICA 14 - O Despertar da América Latina: uma revisão do novo debate sobre política de drogas

Ilona Szabó de Carvalho

(Fevereiro 2014)

NOTA ESTRATÉGICA 13 - The Changing Face of Technology Use in Pacified Communities

Graham Denyer Willis, Robert Muggah, Justin Kosslyn e Felipe Leusin

(Fevereiro 2014)

NOTA ESTRATÉGICA 12 - A Inserção de Cíveis Brasileiros no Sistema ONU: oportunidades e desafios

Renata Avelar Giannini

(Janeiro 2014)

NOTA ESTRATÉGICA 11 - A Diáspora Criminal: o alastramento transnacional do crime organizado e as medidas para conter sua expansão

Juan Carlos Garzón Vergara

(Novembro 2013)

NOTA ESTRATÉGICA 10 - Smarter Policing: tracking the influence of new information technology in Rio de Janeiro

Graham Denyer Willis, Robert Muggah, Justin Kosslyn e Felipe Leusin

(Novembro 2013)

NOTA ESTRATÉGICA 9 - Is Tourism Haiti's Magic Bullet? An Empirical Treatment of Haiti's Tourism Potential

Athena R. Kolbe, Keely Brookes and Robert Muggah (Junho 2013)

NOTA ESTRATÉGICA 8 - Violencia, Drogas y Armas ¿Otro Futuro Posible?

Ilona Szabó de Carvalho, Juan Carlos Garzón e Robert Muggah

(Julho 2013)

NOTA ESTRATÉGICA 7 - A Promoção Da Paz No Contexto Pós-2015: o papel das potências emergentes

Robert Muggah, Ivan Campbell, Eduarda Hamann, Gustavo Diniz e Marina Motta

(Fevereiro 2013)

NOTA ESTRATÉGICA 6 - After the Storm: Haiti's coming food crisis

Athena Kolbe, Marie Puccio e Robert Muggah

(Dezembro 2012)

NOTA ESTRATÉGICA 5 - Brazil's Experience in Unstable Settings

Eduarda Passarelli Hamann e Iara Costa Leite

(Novembro 2012)

NOTA ESTRATÉGICA 4 - Cooperação Técnica Brasileira

Iara Costa Leite e Eduarda Passarelli Hamann

(Setembro 2012)

NOTA ESTRATÉGICA 3 - A Experiência do Brasil em Contextos Instáveis

Eduarda Passarelli Hamann e Iara Costa Leite

(Agosto 2012)

NOTA ESTRATÉGICA 2 - The Economic Costs of Violent Crime in Urban Haiti (Aug 2011 - Jul 2012)

Athena R. Kolbe, Robert Muggah e Marie N. Puccio (Agosto 2012)

NOTA ESTRATÉGICA 1 - Haiti's Urban Crime Wave? Results from Monthly Households Surveys (Aug 2011 - Feb 2012)

Athena R. Kolbe e Robert Muggah

(Março 2012)



INSTITUTO IGARAPÉ

a think and do tank

O Instituto Igarapé é um think and do tank independente, dedicado às agendas da segurança, da justiça e do desenvolvimento. Seu objetivo é propor soluções inovadoras a desafios sociais complexos, por meio de pesquisas, novas tecnologias, influência em políticas públicas e articulação. O Instituto atualmente trabalha com cinco macrotemas: (i) política sobre drogas nacional e global; (ii) segurança cidadã; (iii) cidades seguras; (iv) consolidação da paz; e (v) segurança cibernética. O Instituto Igarapé tem sede no Rio de Janeiro, com representação em Bogotá, Cidade do México, Lisboa e outras partes do mundo.

Instituto Igarapé

Rua Miranda Valverde, 64

Botafogo, Rio de Janeiro – RJ – Brasil - 22281-000

Tel/Fax: +55 (21) 3496-2114

contato@igarape.org.br

facebook.com/institutoigarape

twitter.com/igarape_org

www.igarape.org.br



INSTITUTO IGARAPÉ

a think and do tank

Rua Miranda Valverde, 64
Botafogo, Rio de Janeiro – RJ – Brasil - 22281-000
Tel/Fax: +55 (21) 3496-2114
contato@igarape.org.br
[facebook.com/institutoigarape](https://www.facebook.com/institutoigarape)
twitter.com/igarape_org

www.igarape.org.br