

Sobre seringas e cuidados: o papel do HIV no desenvolvimento da política de redução de riscos para usuários de drogas na França

Camille Porto¹

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar o processo de elaboração e implementação da abordagem de redução de riscos direcionada a usuários de drogas na França, cujas bases remetem à epidemia de Aids da década de 1980. Parto do pressuposto de que o contexto epidêmico viabilizou não somente o redirecionamento da política pública do país, até então baseada em um modelo repressivo de combate às drogas, como também produziu a erosão de uma barreira moral, engendrando a concepção de novos modos de pensar e representar usuários e suas práticas de consumo. Minha hipótese é que o principal elemento responsável por essa mudança paradigmática foi o processo de publicização em torno do compartilhamento de seringas, ancorado em duas situações problemáticas específicas: o consumo crescente de heroína e a emergência de um vírus letal.

Palavras-chave

Usuários. Drogas. Riscos.

Abstract

This article aims to analyze the process of developing and implementing a risk reduction approach directed at drug users in France, arguing that it was rooted in the AIDS epidemic emergence of the 1980s. The text suggests that the epidemic context not only made it possible to refocus public policy in the country, hitherto based on a repressive model of combating drugs, but also created the erosion of a moral barrier, engendering the conception of new ways of thinking and representing users and their consumption practices. The hypothesis is that the core element responsible for this paradigmatic turn was the process of publicization around the sharing of syringe, an issue anchored in two problematic situations and represented as public problems: the growing use of heroin and the emergence of a lethal virus.

Keywords

Users. Drugs. Risks.

¹ Doutoranda em Sociologia no IESP/Uerj e na École des Hautes Études en Sciences Sociales. E-mail: camilleporto@outlook.com.

Considerações iniciais

Este trabalho se insere no quadro de uma discussão sobre estratégias de redução de riscos (RDR) voltadas a usuários de drogas, a partir de uma pesquisa realizada na cidade de Paris, França (PORTO, 2022). Um dos eixos de análise se pretende a uma genealogia da abordagem francesa de RDR, difundida no país a partir do final da década de 1980. A pesquisa foi dividida em duas etapas. A mais proeminente, de caráter etnográfico, compreende o período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, no qual realizei um trabalho de campo na condição de voluntária em três dispositivos de RDR localizados no norte parisiense: um Centro de Acolhimento e de Acompanhamento em Redução de Riscos para Usuários de Drogas (Caarud), um Centro de Saúde, de Acompanhamento e de Prevenção em Adictologia (Csapa) e um Programa de Troca de Seringas (Step), administrados pelo serviço Espoir Goutte d'Or (EGO) da associação chamada Aurore. Trata-se de estabelecimentos médico-sociais regulamentados pelo Código de Saúde Pública desde 2004, ano em que a redução de riscos alcançou o reconhecimento legislativo no país. Eles fazem parte de uma rede mais ampla de atendimentos voltados a essa população, concentrados na cidade de Paris em 40 dispositivos dessa natureza, contando também com outras iniciativas mais recentes, como a Sala de Consumo de Menor Risco (SCMR), destinada a usuários de drogas injetáveis, e os chamados Espaços de Repouso, direcionados a usuários de crack, os quais se pretende transformar em novas Salas de Consumo para esse agrupamento (PORTO, 2022). Todos os estabelecimentos citados acolhem e acompanham os usuários em seus modos de consumo, com propostas complementares de redução de riscos.

Antes disso, porém, empreendi, em caráter exploratório, no período de março a agosto de 2019, uma extensa revisão bibliográfica sobre a trajetória da RDR na França, desde sua gênese aos dias atuais, e entrevistei personagens-chave dessa história, os quais eu identificava ao passo que me aprofundava na bibliografia e estabelecia uma rede de contatos para a investigação. Foram entrevistados profissionais e militantes atuantes na defesa dessa abordagem desde suas primeiras manifestações de cunho fundamentalmente humanitário e associativo, ainda longe da institucionalização, e também sociólogos encarregados de pesquisas de acompanhamento de dispositivos de RDR implantados em Paris e em outras comunas da França. Do primeiro agrupamento participam figuras como o ex-presidente da associação chamada Auto Suporte de Usuários de Drogas (ASUD). Trata-se do primeiro sindicato

francês de usuários, criado em 1993, como resposta à expansão da epidemia de HIV entre consumidores de drogas injetáveis – ao qual o entrevistado é vinculado desde 1996. Do segundo agrupamento participam pesquisadores, como a coordenadora da pesquisa de acompanhamento e avaliação da SCMR, encomendada pela prefeitura de Paris. Trata-se de uma pesquisadora do Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica (Inserm), professora da École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) – cujos seminários lecionados nessa instituição também acompanhei durante todo o ano de 2019 –, e uma personagem central na cena de redução de riscos parisiense.

Com a proposta de uma genealogia, ancorada em uma sociologia pragmatista e da moral, busco compreender as disputas morais em jogo na elaboração e na instituição da abordagem francesa de redução de riscos, demonstrando como se deu um processo de transformação moral naquele país em relação ao uso de drogas e ao público consumidor. Se, para Foucault (1993, p. 22), “a genealogia, como análise da proveniência está (...) no ponto de articulação do corpo com a história”, meu objetivo, mais especificamente, é compreender como a história se materializa na gestão atual do corpo de usuários de drogas e como o corpo dessa população acabou por modificar os rumos da história. A esse respeito, ouvi inúmeras vezes, nas mais diversas situações, ao longo de meu trabalho de campo, uma declaração que guia este texto: “Tudo começou com a Aids”. As conclusões aqui apontadas foram ratificadas continuamente por profissionais, e, por vezes, também usuários, com quem trabalhei na segunda etapa da pesquisa, ajudando a iluminar os dados da primeira e permitindo a compreensão do advento da epidemia de HIV como um *momento de definição* acompanhado de uma série de processos investigativos (DEWEY, 1960) que ajudaram a criar as condições para a justificação dos dispositivos de redução de riscos.

Como demonstrarei a seguir, a maneira como a RDR se estabeleceu na França não é análoga à maneira como se estabeleceu em alguns de seus vizinhos europeus, ainda que todos esses países tenham experimentado o que lhe serviu de estopim, em circunstâncias mais ou menos similares. Por outro lado, o processo de abertura política analisado muito se assemelha à história de outros países, dentre eles o Brasil, cuja concepção e operacionalização da chamada redução de danos também remetem à epidemia de HIV que se difundiu concomitantemente aqui. Segundo Taniele Rui (2012), nos primeiros anos da década de 1990, recursos disponíveis para a prevenção da Aids somaram-se às pressões de ativistas que estavam circulando por congressos internacionais de *harm reduction* e possibilitaram a implantação de projetos de

trocas de seringas em solo brasileiro – cuja iniciativa, como demonstrarei a seguir, também inaugura a abordagem francesa de redução de riscos. O desenvolvimento desses programas, suas formas de atuação e inserção institucional, contudo, seguiram rumos qwdistintos aos da França. No Brasil, a questão do uso abusivo de drogas, bem como a de suas propostas terapêuticas, associou-se aos esforços advindos da reforma psiquiátrica, também ocorrida em meados da década de 1980 e fortemente pautada na luta antimanicomial, que levou à criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Com isso, os projetos de redução de danos foram sendo deslocados dos programas de combate e prevenção à Aids para as pastas de saúde mental, e os CAPSad (Álcool e outras Drogas) se tornaram os principais espaços de recepção e operacionalização dessa abordagem – cuja transição reflete múltiplas possibilidades de atuação fundamentadas em leituras divergentes do conceito de redução de danos (RUI, 2012).

O processo narrado por Taniele Rui é caracterizado por Francisco Inácio Bastos *et al.* (2007) como um caso paradigmático de descentralização das ações direcionadas ao HIV: embora o programa de Aids brasileiro tenha sido, desde sua implantação, em 1985, altamente centralizado, a partir de 2000, as organizações que pleiteavam recursos nesse campo, como as instituições executoras de programas de trocas de seringas, tiveram de sair da esfera federal para disputar seus projetos no âmbito de Estados e municípios. Assim sendo, os gestores municipais e estaduais passaram a ter autonomia para decidir se iriam investir ou não em redução de danos, o que exigiu daquelas instituições a reconstrução de espaços de negociação e de articulação técnica e política com os poderes locais – levando-os, muitas vezes, a enfrentar cortes de recursos, e, eventualmente, interromper suas atividades. Como mostra Rui (2012), em função desse processo de fragmentação da política de saúde, para angariar fundos, as organizações direcionadas à redução de danos concorrem em editais públicos, cuja aprovação de projetos parece se justificar no risco epidemiológico ligado ao uso de drogas e na representação de usuários como possíveis vetores de doenças infecciosas.

Em suma, se, por um lado, as estratégias de redução de danos no Brasil se desassociaram gradualmente da luta de combate e prevenção à Aids, o que permitiu ampliar o seu escopo de atuação e o seu público-alvo, inicialmente limitado aos programas de trocas de seringa e aos usuários de drogas injetáveis, angariando fundos posteriormente também para a produção de material descartável de consumo de drogas inaladas oralmente, como crack, e por via nasal, como cocaína; por outro lado, essas estratégias parecem se ancorar, como

outrora, no paradigma epidemiológico de combate a doenças específicas, como as hepatites e a tuberculose, após a epidemia de Aids. Na França, em contrapartida, a redução de riscos descola-se da Aids e da epidemiologia – em minha leitura, pela emergência do conceito de adição como categoria de ação pública e de intervenção estatal (FORTANÉ, 2010) e da ascensão da Adictologia como disciplina e principal porta-voz dessa abordagem –, dando lugar à criação de dispositivos como os já citados Caaruds, Csapas e SCMRs, e também a novas formas de atuação direcionadas a populações relativamente livres do risco de contrair infecções virais, como os frequentadores de festas de música eletrônica, os quais consomem, sobretudo, por via oral. Como me disse o presidente da associação chamada Techno+, pioneira nesse tipo de intervenção: “a gente não mobiliza mais a RDR porque há um risco [*epidemiológico*], mas porque há um consumo”.

Os motivos pelos quais essa abordagem tomou diferentes rumos no Brasil e na França, apesar de se manifestar em ambos os territórios como resposta ao mesmo fenômeno, ultrapassam o objetivo deste artigo, e também o da pesquisa que lhe deu origem. Para tanto, seria necessário realizar uma investigação sobre a trajetória da redução de danos brasileira e compará-la à experiência francesa. O que minha análise permite afirmar é que certas especificidades da França – que a diferenciam do Brasil e de outros países – parecem ecoar e justificar a permanência e o desenvolvimento da redução de riscos no país até hoje, e é sobre elas que me debruço neste texto. Posto isto, me concentro na RDR especificamente a partir da conjuntura francesa e dos elementos que lhe serviram de base nesse território, ciente de que a história dessa abordagem não é uma só. Com a proposta de destrinchar e analisar uma dessas histórias, meu objetivo é identificar os processos sociais mais amplos que atravessam o fenômeno estudado e que podem indicar pistas para a sua análise em outros locais, sobretudo aqueles que dispõem de uma estrutura mais frágil de redução de riscos, como o Brasil.

O pecado original

Em 31 de dezembro de 1970, a França adotou uma lei definindo os três pilares de sua política de drogas: prevenção primária, reabilitação e abstinência. Seguindo o movimento vigente em boa parte dos países ocidentais, que viria a culminar na declaração de “guerra às drogas” do então presidente dos EUA, Richard Nixon, em 1971, qualificando o consumo de entorpecentes como “o inimigo público número um”, é instituída a criminalização dessa prática no

território francês. Com uma queda de braço entre duas instituições, o aparelho penal e o aparelho médico, os usuários de drogas eram representados ora como criminosos dignos de punição ora como doentes dignos de tratamento – isto é, de um lado, como seres culpáveis por um comportamento indevido, de outro, como vítimas dele, ou ainda, em outras palavras, ora como seres dotados de agência, conscientes e responsáveis por seus atos, ora como seres cooptados por um agente externo responsável por seu descontrole agencial. Assim, a nova legislação sentenciava essa população seja ao encarceramento seja a uma intervenção terapêutica, o que significa, na letra da lei, se abster das drogas em um centro de reabilitação.

O fato é que ocorre na França uma cruzada – simbólica, no sentido de Gusfield (1963) e também moral, no sentido de Becker (2008[1963]) –, como chamam Chappard e Couteron (2013), executada por *empreendedores morais* (BECKER, 2008[1963]), isto é, atores interessados no reconhecimento público da negatividade moral de um ato, cujo êxito se estabelece na produção de uma lógica de segregação e/ou de punição daqueles que o praticam (Cf. WERNECK, 2013). Trata-se, portanto, de criar não somente um novo conjunto de regras redefinindo determinadas práticas e comportamentos como “certos” e “errados”, com base em um ponto de vista dominante e que atribui a esse processo uma relação de poder inerente, mas também um novo conjunto de *outsiders* (BECKER, 2008[1963]). Nesses termos, o consumo de drogas passava a ser interpretado como um “mal social” (BECK, 2005; BERGERON, 2009) e os usuários, como um tipo particular de desviante.

O que deriva disso é um processo de rotulação que invade a dimensão identitária dos rotulados por meio de uma adjetivação perene, cujo conteúdo – como previsto pelos precursores da teoria (TANNENBAUM, 1938; LEMERT, 1951; BECKER, 1963; GOFFMAN, 1963) – não diz respeito à essencialidade subjetiva dos indivíduos, mas a uma construção socialmente operada e efetivada (WERNECK, 2013), o que significa que o rótulo não é intrínseco ao alvo, mas à regra que o identifica como tal (BECKER, 2008[1963]). Segundo Tannenbaum (1938), o que está em jogo na “delinquência” – e a ideia de desvio permite incluir nisso o que é aqui tomado como “doença” – é um conflito de “pontos de vista”. Nesses termos, a reificação de um deles em uma pauta legal reconhecida – por exemplo, o Código Penal – configura uma operação essencialmente “moralista” (WERNECK, 2012) na medida em que se estabelece não como uma diferença de posições, mas simplesmente como *erro* de um dos lados (WERNECK, 2013).

O consumo de opiáceos, outrora restrito a meios artísticos e viajantes, se difundiu na juventude francesa ao longo da década de 1960, tornando-se parte constituinte dos movimentos estudantis e de contracultura pós-Maio de 1968. Produzida em áreas de cultivo de papoula da Turquia, do Líbano e do Triângulo Dourado do Extremo Oriente, a heroína ascendeu na França e encontrou na região de Marseille, cidade portuária ao sul do país, uma de suas mais importantes refinarias, cuja produção se destinava, principalmente, ao mercado americano. Localizada na interseção entre os movimentos de contestação juvenil e o crime organizado, a substância passou a ser representada como um entrave moral (KOKOREFF; COPPEL; PERALDI, 2018). É nesse contexto que a lei de 1970 é instituída e destinada a conter uma opinião pública inquieta que alegava estar ocorrendo em seu território uma inversão de valores, cujo produto seria uma “sociedade da tolerância que envenena a juventude” (CHAPPARD; COUTERON, 2013, p. 46).

Para Patrice Pinell e Markos Zafiropoulos (1982), o aspecto particularmente repressivo dessa legislação pode ser interpretado como uma vontade de normalizar os comportamentos e controlar a juventude contestadora vinculada ao consumo de drogas, interligando comportamentos aditivos, a revolução de maio de 1968 e a transgressão de normas sociais dominantes na época. Destarte, a resposta penal engendra uma tentativa de reestabelecer as ordens moral e social, consideradas ameaçadas por uma massificação do consumo de drogas nas sociedades ocidentais (BACHMANN; COPPEL, 1989) e pela notificação de óbitos decorrentes do uso. Na França, o caso de Martine, uma jovem de 17 anos encontrada morta no banheiro do cassino Bandol, em Toulon, sul do país, por overdose de heroína, em agosto de 1969 – “o ano terrível da droga”² – se tornou fato paradigmático dessa representação de ameaça (CHAPPARD; COUTERON, 2013) em função da intensa midiaticização que prenunciou o movimento de revisão da legislação nacional de drogas. Com a adoção de uma abordagem binária opondo substâncias ilícitas a autorizadas sem distinguir os efeitos e fatores de periculosidade inerentes a cada uma delas, tampouco sem diferenciar o consumo simples do abuso de drogas, a lei de 1970 exerce, assim, uma função moral de “luta contra a droga e a dependência” (Idem, p. 16).

Sucedendo a mesma lógica de erradicação das drogas, em 1972 é decretada a proibição da venda de agulhas e seringas em farmácias do país, com o intuito de conter a “epidemia de heroína”³ (COPPEL; DOUBRE, 2012, p. 18), que

² Título de uma matéria publicada pelo jornal intitulado Paris-Press. Fonte: Retronews, plataforma digital dedicada aos arquivos de imprensa das coleções da Biblioteca Nacional da França (BnF).

³ Considero digno de nota o fato de que o consumo de drogas é lido dessa forma até hoje por

parecia se estabelecer naquele território, tornando-se parte integrante da realidade urbana em menos de dez anos após suas primeiras manifestações (KOKOREFF; COPPEL; PERALDI, 2018). No decorrer da década de 1970, a substância se proletarizou e migrou para as cidades suburbanas, tocando as classes populares em um contexto de crise econômica, social e urbana (DUPREZ; KOKOREFF, 2000).

A despeito da legislação em curso, as chamadas “cenas abertas”, que concentram pessoas em torno da venda e da compra de drogas ilícitas em áreas públicas, surgem na capital do país em 1978, no 14º *arrondissement*⁴ da cidade. Conforme aumentava o uso clandestino de heroína, cresciam também os níveis de insalubridade e periculosidade da prática, bem como o aparecimento de novos delitos nas grandes cidades, como roubos a farmácias – o que levou o jornal *Le Figaro*, tradicional veículo localizado mais à direita do espectro político, a afirmar, em 1984, que todas as 20 regiões de Paris têm “como denominador comum o problema da droga”⁵. E o que tornou a passagem pela prisão – seja pelo uso de drogas, seja por outras transgressões ligadas ao consumo – se tornar uma das etapas frequentes da carreira (GOFFMAN, 1961) dessa população (KOKOREFF; COPPEL; PERALDI).

De fato, ainda não se sabia na época, mas o decreto de 1972 viria a impulsionar muito mais do que pequenos delitos praticados por usuários de heroína – motivo pelo qual Chappard e Couteron (2013) o caracterizam como o *pecado original*. Nesse caso, o pecado ao qual se referem não seria o de usuários sucumbirem à *tentação* (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2009) de consumir drogas

determinadas agências internacionais, como o Departamento das Nações Unidas contra as drogas e o crime (ONUDDC), que interpreta em seu relatório mundial sobre as drogas, de 2012, o crescimento exponencial do consumo como uma das fases de uma epidemia. A primeira seria a de iniciação ao uso, na qual um pequeno número de usuários pode recrutar um grande número de novos consumidores em seus ambientes imediatos, o que atribui a esse processo um caráter contagioso, ainda que não exista um agente patógeno responsável pela transmissão. Após a fase de expansão do número de usuários, o nível de iniciação atinge seu pico e começa a reduzir. Duas hipóteses complementares viriam a explicar esse fenômeno: a primeira relaciona a intensificação do uso de drogas à disseminação de uma determinada substância em uma população finita de indivíduos expostos, que nunca estiveram em contato com ela anteriormente. Uma vez que essa população se esgota, a iniciação viria a cessar naturalmente. A segunda hipótese relaciona o uso massivo de uma determinada substância – e, sobretudo, as consequências disso, como a dependência – ao surgimento de um imaginário social negativo que viria a frear a iniciação de novos indivíduos expostos.

⁴ Os *arrondissements* de Paris consistem em divisões administrativas que dividem a cidade em 20 regiões distribuídas em espiral (cada bairro pressupõe um passo no movimento de “rodar” – *arrondir* – a cidade) a partir do centro do mapa.

⁵ Disponível na matéria intitulada « Paris: L’insecurité au quotidien » do dia 11 de dezembro de 1984.

ilegais, mas, diferentemente, o do Estado tentar inviabilizar o consumo, restringindo o acesso popular a seus instrumentos. Historicamente, o compartilhamento de seringas é um ritual comum entre usuários de heroína e de outras drogas injetáveis (BLACK *et al.*, 1986; BROWN *et al.*, 1987), representando uma forma de vínculo social entre aqueles que compartilham os artefatos (FRIEDMAN *et al.*, 1986) e os aprendizados (BECKER, 1963) da iniciação ao uso (POWELL, 1973; HARDING; ZINBERG, 1977); mas é, sobretudo, uma obrigação quando as seringas não são vendidas livremente.

A “peste negra” do século XX

No início dos anos 1980, uma nova doença é detectada nos EUA, caracterizada por sintomas de pneumonia e sarcomas de Kaposi, um tipo de câncer de pele raro que acometia um número inesperado de homossexuais em um curto período de tempo – motivo de sua designação inicial como o “câncer gay”⁶. Pouco tempo depois, usuários de drogas injetáveis, principalmente de heroína (então chamados de heroinômanos) também apresentaram os sintomas, seguidos de hemofílicos e... haitianos⁷ – levando à alcunha de “a doença dos 4H’s” e estabelecendo as bases da definição dos chamados “grupos de risco”. Sua origem e transmissibilidade são reconhecidas somente após um período de dois anos e meio marcado por indefinição, especulações sem embasamento científico, e, sobretudo, rumores – fenômenos delineados por seu aspecto

⁶ Cognome apresentado no jornal A2, edição das 20h, da emissora pública Antenne 2 (hoje, France 2), do dia 27 de março de 1982, no qual se falava do “desenvolvimento [nos Estados Unidos] de uma forma de câncer (sarcoma de Kaposi) entre homossexuais masculinos, cuja evolução ocorre muito rapidamente. Até o momento, todas as hipóteses são possíveis: um vírus que enfraqueceria a resistência do organismo humano e que encontra na multiplicidade de contatos da comunidade gay condições favoráveis à transmissão? (...) Seria a vida sexual muito intensa?”. Em uma reportagem em Nova York, médicos entrevistados declaram, ainda, o interesse que essa situação nova e rara representa, à medida que “possibilitará fazer novas descobertas para a luta contra o câncer”.

⁷ Segundo Farmer (1992), no início dos anos 1980, jornalistas e médicos epidemiologistas americanos designaram o Haiti e os haitianos como responsáveis pela origem e extensão da epidemia de Aids nos Estados Unidos, o que levou o médico e antropólogo a se questionar sobre os mecanismos que conduziram à tamanha acusação de um povo e de toda uma sociedade. Seus dados apontam para um processo de “responsabilização étnica” como um resultado de categorias epidemiológicas, médicas e científicas produzidas por agências americanas, como o Center for Diseases Control (CDC) e o Food and Drug Administration (FDA); e de representações embasadas no processo de dominação social, cultural, histórica, econômica e política entre os EUA e o Haiti. As práticas de culto vodu, consideradas desde o século XVIII como ritos primitivos, sanguinários, satânicos e antropofágicos, foram classificadas por médicos como um dos modos de transmissão da doença, levando os haitianos a representar um dos “grupos de risco”.

cíclico e fundamentados tanto na memória quanto nos conhecimentos de grupos sociais, que os leva a desempenhar um papel de transformadores da realidade (REUMAUX, 1994). Inicialmente, sabia-se apenas que ser contaminado equivalia a uma sentença de morte, o que permitiu a comparação da doença com outras já conhecidas, como o já citado câncer, a lepra e a peste – que também envolvem um prognóstico fatal e uma rejeição coletiva –, quando não associada a um castigo divino contra transgressores da lei e da moral. Destarte, ela engendrou preconceitos e discriminação contra as populações mais afetadas, mas também mediatização e ativismo em favor de suas demandas, como demonstrarei a seguir.

Em 1982, os primeiros casos são identificados na França, mas somente no ano seguinte o vírus da Aids (HIV1) é descoberto e isolado no Instituto Pasteur⁸. A partir de então, é sabido que sua transmissão ocorre por via sexual e/ou sanguínea, e se sabe, portanto, que homossexuais são acometidos em função especialmente de sexo desprotegido – e não por práticas sexuais específicas; hemofílicos, pela transfusão de sangue contaminado – remetendo para ausência ou mal testagem sanguínea a ameaça principal (HERMITTE, 1995); e usuários de drogas injetáveis pelo uso de seringas contaminadas – endereçando a ameaça ao seu compartilhamento. O que resulta disso é uma dupla estigmatização, no sentido atribuído por Goffman (1963), de grupos sociais já marginalizados por seus comportamentos e/ou estilos de vida, que também são representados, nessas circunstâncias, como portadores (e transmissores) de uma infecção fatal (PASCAL, 2007). Não raro, homossexuais e consumidores de heroína eram culpabilizados por disseminar a doença, como se responsáveis – quando não merecedores – fossem pela calamidade que os acometia e que mostrou poder acometer a qualquer um, inclusive os considerados “inocentes” – neste caso, hemofílicos e o restante da população, infectada, sobretudo, por via sexual (Idem).

No caso específico de usuários de drogas, ocorre, portanto, um processo de reificação da negatização moral já atribuída a eles desde o início da década de 1970: se, até então, eram definidos como doentes (quando não criminosos), cujo estatuto viria a afirmar o vício como uma forma de agência externa sobre a

⁸ A autoria da descoberta do HIV foi cercada de controvérsias entre dois grupos: o de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, e o de Robert Gallo, do Instituto Nacional do Câncer (NCI), nos EUA. Criou-se um litígio internacional em torno dos direitos de patente, que culminou com um acordo firmado entre os presidentes de cada um dos países, Ronald Reagan e Jaques Chirac, segundo o qual o Instituto Pasteur e o NCI dividiriam em partes iguais os ganhos oriundos da descoberta.

agência individual – o que pode ser lido, nos termos da *accountability* social (SCOTT; LYMAN, 2008[1968]), como uma desculpa (WERNECK, 2012); no contexto epidêmico, o rótulo de doente é materializado no HIV, que é lido, ao contrário, como forma afirmadora da agência de si e atribui a eles não somente o signo da culpa, mas também o do contágio. Neste caso, falamos de traços que marcam um estigma no sentido mais literal do termo, seja pelos sintomas da doença, como a perda de peso e os sarcomas de Kaposi; seja pelos efeitos secundários da medicação, não raro acompanhada por síndromes como lipodistrofia e lipoatrofia, modificando a aparência corporal dos doentes e tornando os soropositivos bastante fáceis de identificar (RESENDE, 2018).

Conforme Osório (2009), a lipodistrofia retira da pessoa infectada pelo HIV a liberdade de expor (ou não) a sua condição de saúde a terceiros, exibindo em sua aparência física os sinais que levam ao seu julgamento e marginalização. Trata-se, portanto, de marcas físicas da patologia que tornam o doente irreconhecível para si mesmo, mas reconhecível para os outros, e que engendram processos de discriminação e estigmatização sofridos “à flor da pele” (RESENDE, 2014). A Aids se torna, assim, uma marca identificadora de usuários de drogas, de suas rotinas de consumo e de seu estilo de vida, operando na manutenção de uma “identidade deteriorada” (GOFFMAN, 1963), agora também identificada como metonímia da doença. Assim, sobre os portadores do vírus, uma figura como Jean-Marie Le Pen, então presidente do partido político francês de extrema direita Front National – denominado Le Rassemblement National desde 2018 –, diz, no programa televisivo político *L’heure de la vérité*, da emissora pública Antenne 2 (hoje, France 2), em 6 de maio de 1985: “Os aidéticos⁹ são terrivelmente contagiosos... por sua transpiração, suas lágrimas, sua saliva e seu contato. É preciso isolá-los em sidatórios” (LE PEN, 1985).

Para Michel Misse (2002), a representação popular em torno da violência urbana pode ser comparada à representação de uma epidemia, isto é, como um vírus ou micróbio a ser exterminado. Com a proposta do conceito de *sujeição criminal*, o autor se refere à identificação (pela representação difundida na sociedade) de indivíduos como “portadores” da violência urbana e cujos crimes não são interpretados como um tipo particular (e eventual) de desvio, mas como traço inscrito na própria subjetividade desses *sujeitos criminais*

⁹ Considero digno de nota que a própria concepção do termo, amplamente mobilizado durante a epidemia da doença, revela o mecanismo mais fundamental do processo de elaboração e imputação de um rótulo: o de adjetivação. Neste caso, esse processo foi tão bem-sucedido que o adjetivo tornou-se, ele mesmo, um substantivo.

(1999). Em minha leitura, o processo descrito por Misse ultrapassa o âmbito da segurança pública e alcança outros âmbitos passíveis de rotulação, como o da saúde, sobretudo em uma conjuntura como a epidemia de Aids, na qual as populações mais expostas à ameaça viral se apresentam, simultaneamente, como uma ameaça em si. Desse modo, não seria exagero dizer que, assim como a sujeição criminal engendra a produção de representações identitárias sobre um “outro” que viria a encarnar a violência urbana, o mesmo pode ocorrer em relação a um “outro” que viria a encarnar a doença e torna-se alvo de uma *sujeição patológica* – principalmente quando uma população específica, como a de usuários de drogas injetáveis, tem cerca de 50% a 80% de seus integrantes infectados (CHAPPARD; COUTERON, 2013).

Diante do considerável índice de contaminação entre usuários, da violência comumente empregada por eles (KOKOREFF; COPPEL; PERALDI, 2018) e das cenas abertas que dominavam o espaço público das regiões de Paris mais tocadas pela heroína – e pela Aids –, diferentes agrupamentos da sociedade, afetados em maior ou menor grau por essa conjuntura, começaram a se mobilizar e a reivindicar a elaboração de políticas públicas direcionadas a essa população, extremamente vulnerável de partida e ainda mais no então contexto epidêmico. A própria associação EGO-Aurore, à qual me vinculei em meu trabalho de campo, é fruto dessas mobilizações, surgindo, em 1985, como uma demanda comunitária de usuários, ex-usuários de drogas e moradores do bairro da Goutte d’Or, aos quais alguns trabalhadores sociais se reuniram voluntariamente e profissionalizaram sua intervenção no decorrer das décadas seguintes. Tratava-se de uma mobilização diante do quadro sanitário e social alarmante naquele território, que se tornou, no início dos anos 1980, o epicentro da venda e do consumo das chamadas drogas “duras”¹⁰ da cidade.

Essa rede informal de moradores, usuários e profissionais articulava-se em reuniões públicas semanais, podendo ser descrita como pessoas “envolvidas em relações cotidianas (...) [que] chegam à conclusão de que algo está errado; de que não podem manter-se daquela forma por mais tempo; de que algo deve mudar” (BOLTANSKI; THÉVENOT, 1999, p. 359), empreendendo, assim, movimentações que ultrapassam o plano agencial dos atores e se direcionam ao plano social, constituindo o que Thévenot (2006) chama de *ações em comum no plural*, cujos participantes se envolvem e são envolvidos por comportamentos comuns, engajando-se em torno deles. Em 1987, essa rede

¹⁰ A distinção entre drogas “leves” e “pesadas” (ou “duras”) remete à Convenção Única da ONU sobre Entorpecentes, de 1961, precursora da globalização relativa à proibição e à classificação de psicotrópicos.

comunitária constituída no seio da Goutte d'Or alcança o estatuto de associação, época marcada pelo aparecimento de outras associações na cidade, igualmente consagradas aos usuários drogas e aos moradores dos bairros mais tocados pelo consumo, pelo tráfico e pelo HIV.

O que essas associações propunham era uma abordagem de saúde coletiva, reivindicando, sobretudo, a liberação da venda e troca de seringas nas farmácias do país. A oposição, por outro lado, formava uma base ideológica fundamentada em três argumentos principais: a) a liberação de seringas significaria abandonar um “verdadeiro” suporte a usuários de drogas, significando também o abandono da luta contra a droga e um primeiro passo em direção à legalização; b) essa medida viria a engendrar uma banalização do uso de drogas, ou, pior, um encorajamento ao consumo; e c) o uso pessoal de seringas não seria uma prática adotada por usuários de drogas, então representados como seres suicidas, inaptos e desinteressados demais para aderir a um comportamento responsável e abandonar velhos hábitos (CHAPPARD; COUTERON, 2013).

Mas, a despeito dessas concepções – sustentadas pela maior parte de profissionais da saúde e farmacêuticos, das agências nacionais (como a Inspeção Geral de Assuntos Sociais, Igas) e internacionais (como a Comissão de Entorpecentes das Nações Unidas, CND) –, a população francesa se via cada vez mais comprometida pela doença, chegando a representar 30% dos infectados de todo o continente europeu (CHAPPARD; COUTERON, 2013). Em minha leitura, se, no início dos anos 1970, o consumo de drogas injetáveis se configurava, para os governantes, como um problema de ordem social e moral que exigia a instituição de uma legislação repressiva, proibindo a venda de seringas no país; essa proibição se configurava, no então contexto epidêmico, como um problema público (GUSFIELD, 1963, 1981; CEFAI, 1996, 2017) de ordem sanitária capaz de mobilizar diferentes públicos. Em seu posfácio a Joseph Gusfield, Daniel Cefai (2009) define um problema público como um problema social – cujo inconveniente, perigo ou risco não se reduz a um “problema individual”, portando consequências nefastas para um conjunto de indivíduos, que, a despeito de seus interesses imediatos e opiniões pessoais, compartilham a percepção e a experimentação dessas consequências – dotado de características suplementares.

Segundo Cefai (Idem), o problema público é aberto a um público indefinido de sujeitos que se mostram capazes de se constituir como cidadãos, sensíveis ao sentido e ao alcance de projetos que transcendem o horizonte de suas experiências imediatas e suas atividades privadas. A diferença entre ambas as

categorias citadas é que um problema social pode ocorrer sem que tal dinâmica de publicização se configure em torno dele. Em síntese, para o autor, a exigência de definição e de resolução de um problema público provoca uma intensa atividade de *associação*, de *comunicação* e de *cooperação* entre atores, organizações e instituições – e também de argumentações, denúncias e reivindicações, seja em estúdios de mídia seja em assembleias públicas, recorrendo ao repertório de ações coletivas e constituindo coletivos que se mobilizam para interpelar não somente a opinião pública, mas também os poderes públicos.

Como afirma Marie Jauffret-Roustide (2017), após a irrupção da epidemia de Aids e de seus efeitos nefastos na França, a erradicação das drogas é considerada como um utopia irrealista e potencialmente perigosa – visto que, a despeito da legislação de 1970, que criminaliza o uso de drogas, e do decreto de 1972, que pulveriza seus artefatos, o consumo de heroína se desenvolveu no país de forma ascendente e viabilizou uma calamidade sanitária. Foram diversas as situações em que ouvi, seja no interior de dispositivos de redução de riscos seja em entrevistas com representantes da abordagem, o argumento de que de nada adianta proibir o uso de drogas ou restringir os materiais de consumo, porque os usuários irão consumir do mesmo modo. A diferença, como afirmam os profissionais, é que se tiverem acesso a artefatos descartáveis, eles estarão vulneráveis a um conjunto menor de riscos ligados ao consumo. Com efeito, outros elementos constituintes do processo de institucionalização da RDR na França contribuíram para a consolidação dessa percepção entre os defensores e executores da abordagem – como os fundamentos da já citada Adictologia. Contudo, interpreto essa conjuntura histórica como um fator relevante que reverbera até hoje justificando a necessidade de manutenção e desenvolvimento da redução de riscos, manifestando-se com alguma regularidade nos discursos de profissionais que fazem alusão ou citam explicitamente o decreto de 1972 como viabilizador da tragédia experimentada nos anos 1980.

O ato de reparação

As circunstâncias dramáticas do contexto epidêmico levaram a um processo de investigação em nível social e epidemiológico, dando lugar a experimentações como o chamado Decreto Barzach¹¹, em 1987, que autorizava a venda livre de

¹¹ Em menção a Michèle Barzach, ministra da Saúde responsável por sua instituição.

seringas em farmácias do país, mediante a suspensão das disposições da peça legislativa anterior por um ano e uma avaliação técnica para sua permanência. Tratava-se da primeira medida não repressiva depois da votação da lei de 1970, que começou a deslocar o debate acerca das drogas do âmbito da segurança pública para o da saúde, marcando o anúncio tímido da política de redução de riscos na França. O Decreto Barzach é considerado o ato fundador da abordagem, que nunca mais seria questionada a partir de então (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2017). A prometida avaliação da medida chega em 1988 provocando um choque cognitivo: contrariamente ao que previam os opositores, não foi observado o aumento do consumo de drogas injetáveis posteriormente à liberação de seringas. Além disso, sua comercialização revelou provocar um impacto significativo sobre a prática de compartilhamento. Uma pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa em Epidemiologia da Farmacodependência (Irep), apresentada por Rodolphe Ingold (1988), e, posteriormente, outra realizada pelo Instituto Nacional da Saúde e da Pesquisa Médica (Inserm), apresentada por Françoise Facy (1989), aponta que 52% dos usuários encontrados nas ruas afirmaram utilizar somente seringas pessoais, compradas em farmácias, em contraponto aos 71% que outrora declaravam compartilhar o material. A partir disso, os usuários viriam a ser representados, cada vez mais, como atores de sua própria saúde (CHAPPARD; COUTERON, 2013).

Em suma, é estabelecido nesse segundo momento da epidemia um novo referencial paradigmático que se opõe à visão proibicionista anterior, baseado em uma proposta de redução do conjunto de riscos e danos sanitários e sociais ligados ao uso de drogas, a partir de um movimento pragmático de hierarquização. A proposta carrega a seguinte mensagem: “Se possível, não use drogas. Se não, tente consumir por via nasal em vez de intravenosa. Se não, utilize uma seringa limpa. Se não, reutilize sua própria seringa. No pior dos casos, se compartilhar uma seringa, limpe-a com água sanitária” (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2017). Em outras palavras, esse paradigma propõe uma forma de “viver com as drogas”, domesticando o uso e promovendo a noção de *medida* como alternativa à noção de abstinência (EHRENBERG, 1996). O fundamento próprio à abordagem consiste em oferecer a essa população um acompanhamento baseado em suas demandas individuais – o que pode incluir incapacidade ou desinteresse, temporário ou permanente, de se abster das drogas – e nas circunstâncias específicas de sua vida cotidiana – como o difícil acesso a seringas limpas em determinados horários e locais da cidade, mesmo após a liberação de venda.

Muito embora os primeiros testes de diagnóstico sorológico tenham surgido em 1985, permitindo aos infectados pelo HIV tomarem consciência de sua condição, a elaboração e comercialização de medicamentos eficazes contra a Aids vieram a passos lentos, o que levou a França a contabilizar cerca de 30 mil vítimas até o ano de 1995¹². Nesse contexto, a mensagem endereçada a médicos, pesquisadores e poderes públicos, por parte da população de usuários, era a seguinte: “Já que vocês não podem fazer nada para salvar nossas vidas, ao menos escutem o que nós temos a dizer sobre a nossa experiência com a doença e nos reconheçam como senhores de nossas próprias vidas” (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2017), reivindicando alguns dos pressupostos que orientam a prática de redução de riscos que opera na França até hoje, como pude observar ao longo de todo o trabalho de campo: a participação ativa dos usuários em seu próprio acompanhamento, a absorção dos conhecimentos oriundos de suas vidas cotidianas e de rotinas de consumo e a identificação dessa população pelos profissionais como um conjunto de agentes competentes (GARFINKEL, 1967), e não de indivíduos dopados, pela droga ou pela condição de usuário.

Após a inauguração do primeiro ato fundador, a abordagem se desenvolverá no país de maneira lenta e progressiva, marcada por intensos debates na arena pública (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2017). Como sinalizei anteriormente, embora sua origem remeta a 1987, a institucionalização da RDR como política pública ocorre somente em 2004, com longos intervalos entre a adoção de novas medidas. A título de comparação, o acesso aos chamados Tratamentos de Substituição a Opiáceos (TSO)¹³, que disponibilizam substâncias como Metadona e Subutex a usuários, veio a ocorrer quase uma década após a liberação da venda de seringas; ao passo que, no Reino Unido, o acesso à Metadona havia sido permitido nos anos 1920, e uma experiência de distribuição controlada de heroína havia sido realizada nos anos 1980 – e o resultado disso foi uma taxa de contaminação particularmente baixa na cidade

¹² Dado disponível no « Numéro thématique - L'infection à VIH-Sida en France » do Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) do Institut de Veille Sanitaire (INVS), publicado no dia 1º de dezembro de 2008, sob o nº 45-46.

¹³ O termo se refere a uma modalidade de tratamento neurobiológico destinado a usuários de opiáceos (derivantes da morfina, como heroína, codeína e outros analgésicos), mediante a prescrição de um opióide de substituição (normalmente, metadona ou subutex), cuja administração produz uma atividade farmacológica similar à do psicotrópico ilegal. O objetivo é estabilizar, e, por vezes, reduzir gradativamente o consumo de usuários que desejam fazê-lo. Desse modo, o tratamento pode incorporar uma medida temporária, visando à abstinência, ou permanente, sem fins de abstenção.

de Liverpool se comparada a outras cidades no começo da epidemia de Aids (COPPEL, 1996).

Desse modo, a política francesa de redução de riscos se desenvolve de maneira progressiva e com um retardo significativo em comparação a alguns de seus vizinhos, como a Suíça e a Holanda, além do já citado Reino Unido (JAUFFRET-ROUSTIDE, 2017). Se, na França, a comercialização de seringas foi permitida após alguns anos de enfrentamento à epidemia, a Holanda – cuja paternidade da RDR é incontestada (MINO, 1994; WIEVIORKA, 1996; BERGERON, 2009) – já havia favorecido o acesso ao material desde os anos 1970, quando evocou pela primeira vez o conceito de redução de riscos (BUNING; BRUSSEL, 1995), no âmbito da prevenção à hepatite B, operacionalizando essa abordagem antes mesmo do surgimento da Aids. Isso se dá porque havia naquele país um processo de normalização das drogas e uma lei relativamente tolerante ao consumo (MARLATT, 1998), que diferencia, desde 1976, drogas de risco aceitável, como maconha e haxixe, de drogas de risco inaceitável, como cocaína, heroína, anfetaminas e LSD (DOMANICO, 2006, 2006). Na França, diferentemente, a política de redução de riscos nasce em oposição ao modelo repressivo até então vigente, ancorada em um registro das urgências e na ideia de que “não se pode salvar [das drogas] usuários mortos de Aids” (CHAPPARD; COUTERON, 2013).

Considerações finais

Pesquisadores e profissionais do âmbito da RDR concordam que a implantação dessa abordagem na França foi viabilizada pela epidemia de Aids – o que leva alguns deles a representá-la como uma espécie de “mal que veio para o bem”. Em minha leitura, disso decorre não somente uma transformação paradigmática na política pública do país, mas também, e principalmente, a erosão de uma barreira moral que impulsiona a concepção de novos modos de pensar e representar as drogas, os usuários e as práticas de consumo, efetivados até hoje. A despeito da lei de 1970, que permanece em vigência, paralelamente se desenvolvem políticas no âmbito da saúde pública fundamentadas em um pressuposto incontornável de tolerância ao uso de drogas. Assim sendo, a legislação que criminaliza essa prática, afirmando a validade de uma moral única, a partir da qual o consumo é simplesmente *errado*, vai cedendo lugar a uma concepção menos moralista (WERNECK, 2012), isto é, mais aberta a moralidades outras, inclusive aquelas que orientam as condutas de usuários.

O que considero parte integrante e fundamental desse cenário de mudança – quiçá responsável direto por sua inauguração – é o processo de publicização em torno do compartilhamento de seringas no período de coexistência entre o decreto francês de 1972 e a epidemia de Aids. Para Cefai (2017), só se pode compreender o processo de publicização a partir de seus pontos de ancoragem em uma situação problemática, e dos equipamentos materiais, das crenças práticas e das alavancas institucionais desenvolvidas para resolvê-la. Esse processo, produtor de perspectivas dotadas de consequências, é constantemente mediado por objetos que giram em torno da situação problemática na qual se apoia, como “barras, garrafas, estradas e carros para dirigir alcoolizado, moléculas químicas, hospitais, orçamentos e equipamentos nas mobilizações pela saúde pública” (2019, p. 10). Segundo o autor, pode-se dizer, ainda, que os fins do processo de publicização se concretizam, passo a passo, no esforço de organizar meios, num processo de discussão, investigação e experimento (DEWEY, 1927): “[A] descoberta daquilo que se objetiva é feita na reorganização progressiva da situação e de sua experiência (...) por meio de medidas sociais, econômicas, jurídicas ou políticas” (CEFAI, 2019, p. 11).

O processo de publicização ao qual me refiro é oriundo de duas situações problemáticas específicas: de um lado, o consumo crescente de heroína; de outro, a emergência de um vírus letal. Esse processo é mediado em ambos os casos pelas seringas, objetos que assumem ao mesmo tempo o estatuto de fatos, provas, evidências, ou, ainda, de instrumentos de intervenção e de metas a alcançar (Idem). Trata-se, portanto, de um dispositivo híbrido entre dois mundos, o mundo da droga como destruição de si (que implica uma resposta repressiva) e o mundo da epidemia como destruição externa (que implica uma resposta preventiva). Em última análise, estamos diante de uma dissonância, aquilo que Stark (2009) descreve quando concepções diferentes, ou mesmo antagônicas, se sobrepõem, estabelecendo um confronto entre princípios avaliativos que competem entre si e cuja consequência é a recombinação de recursos disponíveis, visto que não há uma única métrica possível, mas – neste caso – duas coevoluindo, o que leva a organização até então estabelecida a se tornar sistematicamente incapaz de seguir sua rotina e seus conhecimentos cristalizados.

Nesse contexto, aquilo que era experimentado como problema especificamente por usuários de drogas – a proibição da venda de seringas – ultrapassa “o círculo de pessoas imediatamente envolvidas, para se referir a um maior número de pessoas” (CEFAI, 2017, p. 190), sensibilizando e afetando diferentes públicos e reorganizando a situação por meio da elaboração de

novas medidas, pontos de vista, técnicas, conhecimentos, regras e instituições que viriam a fundar a política da redução de riscos na França. Em minha leitura, a institucionalização da RDR nesse país representa a “história natural” (BECKER, 1963) de um problema público, em torno do qual diferentes atores, grupos e instituições – nesse caso, usuários, ex-usuários, soropositivos, moradores de bairros periféricos, trabalhadores sociais, organizações não governamentais, associações de redução de riscos etc. – empreenderam um movimento demandando mudança. E o resultado disso é a sobreposição entre um Código Penal que criminaliza o consumo de entorpecentes, e um Código de Saúde Pública que o permite e, ao fim e ao cabo, o viabiliza.

Referências

- PORTO, Camille.
(2022). *Sobre drogas e cuidados: estratégias e dispositivos de redução de riscos em Paris, França*. Tese de doutorado a defender.
- BACHMANN Christian; COPPEL Anne.
(1989). *Le dragon domestique : deux siècles de relations étranges entre l'Occident et la drogue*. Paris, Albin Michel.
- BASTOS, Francisco Inácio *et al.*
(2007). Descentralização, AIDS e Redução de Danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9.
- BECK, François.
(2005). Dénombrer les usagers de drogues: tensions et tentations. *Genèses*, v. 58, n. 1, p. 72-97.
- BECKER, Howard S.
(2008 [1963]). *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- BERGERON, Henri.
(2009). *Sociologie de la drogue*. Paris, Éditions La Découverte.
- BLACK, J. L.; DOLAN, M. P.; DEFORD, H. A.; RUBENSTEIN, J. A.; PENK, W. E.; ROBINOWITZ, R.; SKINNER, J. R.
(1986). *Sharing of needles among users of intravenous drugs*. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198602133140712>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- BOLTANSKI, Luc; THÉVENOT, Laurent.
(1999). The Sociology of Critical Capacity. *European Journal of Social Theory*, v. 2, n. 3, p. 359-377.
- CEFAÏ, Daniel.
(2019). *Público, Socialização e Politização: Releer John Dewey na companhia de George Herbert Mead (Parte 2)*. Disponível em: <https://blogdolabemus.com/2019/07/18/publico-socializacao-e-politizacao-releer-john-dewey-na-companhia-de-george-herbert-mead-parte-2-por-daniel-cefai/>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- CEFAÏ, Daniel.
(2017). Públicos, problemas públicos, arenas públicas... O que nos ensina o pragmatismo (Parte 1). *Novos Estudos Cebrap*, v. 36, n. 1. p. 187-213.

- CEFAÏ, Daniel.
(1996). La construction des problèmes publics: Définitions de situations dans des arènes publiques. *Réseaux*, v. 14, n. 75, p. 43-66.
- CHAPPARD, Pierre; COUTERON, Jean-Pierre.
(2013). *Salle de shoot*: Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français. Paris, Éditions La Découverte.
- COPPEL, Anne.
(1996). Les intervenants en toxicomanie, le sida et la réduction des risques en France. *Communications*, volume único, n. 166, p. 75-108.
- COPPEL, Anne ; DOUBRE, Olivier.
(2012). *Drogues*: sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition. Paris, Éditions La Découverte.
- COURTY, Pascal.
(2007). Prévention et toxicomanie. *VST - Vie sociale et traitements*, v. 94, n. 2, p. 40-46.
- DEWEY, John.
(1960). *Logic: The Theory of Inquiry*. New York, Holt, Rinehart and Winston.
- DEWEY, John.
(1927). *The Public and Its Problems*. New York, Henry and Co.
- DOMANICO, Andrea.
(2006). *Craqueiros e cracadors*: bem-vindo ao mundo dos nôias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos piloto do Brasil. Tese de doutorado (UFBA).
- DOMANICO, Andrea.
(2001). *A redução no contexto do uso de cocaína injetável*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- DUPREZ, Dominique; KOKOREFF, Michel.
(2000). *Les mondes de la drogue*: Usages et trafics dans les quartiers. Paris, Odile Jacob.
- EHRENBERG, Alain.
(1996). Vivre avec les drogues. *Communications*, volume único, n. 62, p. 5-26.
- FACY, Françoise.
(1989). *Enquête épidémiologique*: toxicomanes et partage des seringues, Inserm U 302, rapport.
- FARMER, Paul.
(1992). *AIDS and Accusation*: Haïti and the geography of blame. Berkeley, University of California Press.
- FORTANÉ, Nicolas.
(2010). La carrière des «addictions»: D'un concept médical à une catégorie d'action publique. *Genèses*, v. 1, n.1, p. 5-24.
- FOUCAULT, Michel.
(1993). *A Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- FRIEDMAN, Samuel R.; Des JARLAIS, Don C.; SOTHERAN, Jo L.
(1986). AIDS health education for intravenous drug users. *Health. Education Quarterly*, v. 13, n. 4, p. 383-393.
- GARFINKEL, Harold.
(1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, The Free Press.
- GOFFMAN, Erving.
(1963). *Stigma*: Notes on the Management of Spoiled Identity. Nova York, Prentice Hall.
- GOFFMAN, Erving.
(1961). *Asylums*: Essays on the social situation of mental patient and other inmates. New York, Anchor Books.
- GUSFIELD, Joseph.
(2009). *La culture des problèmes publics*. L'alcool au volant: la production d'un ordre symbolique. Traduit et commenté par Daniel Cefai. *Economica*, coll. « Études sociologiques ».
- GUSFIELD, Joseph R.
(1981). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago, University of Chicago Press.

- GUSFIELD, Joseph R.
(1963). *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*. Urbana, University of Illinois Press.
- HARDING, W.; ZINBERG, N.
(1977). The effectiveness of the subculture in developing rituals and sanctions for controlled drug use. In: Brian M. DU TOIT (ed.); *Drugs, Rituals, and Altered States of Consciousness*. Rotterdam, A. A. Balkena.
- HERMITTE, Marie Angèle.
(1995). *Le sang et le droit: essai sur la transfusion sanguine*. Paris, Le Seuil.
- INGOLD, Rodolphe.
(1988). *Les effets de la libéralisation de la vente des seringues: rapport d'évaluation*. IREP, Paris.
- JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie.
(2009). Un regard sociologique sur les drogues: décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La revue lacanienne*, v. 5, n. 3, p. 109-118.
- JAUFFRET-ROUSTIDE, Marie.
(2017). Le *modèle français de réduction des risques*. Disponível em: <https://vih.org/20170321/le-modele-franc%C3%A7ais-de-reduction-des-risques/>. Acesso em : 05 mar. 2021.
- KOKOREFF, Michel; COPPEL, Anne; PERALDI, Michel (dir.).
(2018). *La catastrophe invisible: Histoire sociale de l'héroïne*. Paris, Amsterdam Editions.
- LEMERT, Edwin M.
(2012[1951]). *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behaviour*. Whitefish, Literary Licensing.
- MARLATT, Gordon Alan.
(1998). *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviours*. New York, Guilford Press edition.
- MINO, A.
(1994). Les nouvelles politiques de la drogue: exemple genevois. *Psychiatrie de l'Enfant*, v. 37, n. 2, p. 577-600.
- MISSE, Michel.
(1999). *Malandros, marginais e vagabundos: a acumulação social da violência no Rio de Janeiro*. Tese de doutorado apresentada ao Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro.
- MISSE, Michel.
(2002). *Violência: o que foi que aconteceu?*. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/Viol%C3%83%C2%AAncia%20o%20que%20foi%20que%20aconteceu.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2021.
- ONUDD,
(2012). *Rapport mondial sur les drogues* (Publication des Nations Unies, numéro de vente: F. 12.XI.1).
- OSÓRIO, D.
(2009). Lipodistro a versus liberdade. *Boletín Ação e Tratamentos*, v. 17, pp. 10-11.
- POWELL, Douglas H.
(1973). A pilot study of occasional heroin users. *Archives of General Psychiatry*, v. 28, n. 4, p. 586-594.
- REMAUX, Françoise.
(1994). *Toute la ville en parle: esquisse d'une théorie des rumeurs*. Paris, Éditions l'Harmattan.
- RESENDE, José Manuel.
(2018). ¿Y si el portador fuese persona? Entre el secreto y la revelación: el conflicto a flor de piel. In: Juan Carlos Guerrero Bernal, Alicia Márquez Murrieta, Gabriel Nardacchione y Sebastián Pereyra (coordinadores); *Problemas públicos: Controversias y aportes contemporáneos*. Ciudad de México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. p. 509-533.

- ROZENBERG, Jacques.
(2009). Les fondements d'une pragmatique du sida: l'approche bio-psychopathologique. *Cités*, v. 4, n. 4, pp.161-175.
- RUI, Taniele.
(2012). *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. 335 p. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.
- SCOTT, Marvin B; LYMAN, Stanford M.
(2008 [1968]). Accounts. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 1, n. 2, pp. 139-172.
- STARK, David.
(2009). *The sense of dissonance: accounts of worth in economic life*. Princeton, Princeton University Press.
- TANNENBAUM, Frank.
(1938). *Crime and the Community*. Nova York, Columbia University Press.
- WERNECK, Alexandre.
(2012). *A desculpa: As circunstâncias e a moral das relações sociais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- WERNECK, Alexandre.
(2013). Rotulação, teoria da ('Labeling theory'/teoria do 'etiquetamento') (verbe-te). In: RATTON, José Luiz; LIMA, Renato Sérgio de [e] AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli de (orgs), *Crime, polícia e Justiça no Brasil*. São Paulo, Contexto/FBSP.
- WIEVIORKA, Sylvie.
(1996). *La réduction des risques*. Lyon, Toxibase.
- ZAFIROPOULOS, Markos; PINELL, Patrice.
(1982). Drogues, déclassements et stratégies de disqualification. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, v. 42, p. 61-75.

Recebido em
março de 2020

Aprovado em
julho de 2021