

EFEITOS DA NOVA REGULAÇÃO URUGUAIA SOBRE A CANNABIS NA FRONTEIRA COM O BRASIL: OBSERVAÇÃO SOBRE OS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA¹

Olívia Alves Gomes Pessoa
Alexandre dos Santos Cunha

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2013, o Uruguai aprovou a Lei nº 19.172/2013, que regulou toda a cadeia de produção, distribuição e consumo de *cannabis*, tornando-o o único país do mundo a afastar-se integralmente do paradigma da guerra às drogas, no que diz respeito a essa substância específica. Considerando que a progressiva entrada dessa nova legislação, a partir de 10 de dezembro de 2014, poderia gerar impactos externos, notadamente sobre os países com os quais o Uruguai tem fronteira, os governos brasileiro e uruguaio decidiram estabelecer o Plano de Monitoramento dos Efeitos da Nova Política Uruguaia de Regulação do Mercado de *Cannabis* sobre a Zona de Fronteira, no âmbito do Protocolo de Rivera.²

O plano prevê a realização de um conjunto de pesquisas sob a responsabilidade compartilhada de pesquisadores brasileiros e uruguaiois, com os seguintes objetivos: *i)* monitorar a percepção social da população residente na faixa de fronteira, em temas relativos à segurança e a políticas sobre drogas; *ii)* avaliar a percepção dos agentes de segurança e dos atores que compõem o sistema de justiça criminal na faixa de fronteira, em temas relativos à segurança e a políticas sobre drogas; e *iii)* analisar e monitorar os efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre os níveis de criminalidade e vitimização na faixa de fronteira, em especial no que diz respeito aos delitos de drogas associados.

Este capítulo tem como objetivo apresentar, a partir do contexto da implementação da nova Lei de Drogas do Uruguai, um panorama do atendimento a usuários de drogas na região da fronteira entre o Brasil e o Uruguai, bem como as percepções dos agentes locais do sistema de justiça (juízes, promotores e policiais)

1. Este capítulo reproduz parcialmente, adicionando outros elementos e análises, o texto *Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de cannabis sobre a zona de fronteira: percepção das autoridades de segurança e atores do sistema de justiça criminal* (Cunha, Pessoa e Soares, 2017).

2. Celebrado entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) da República Federativa do Brasil e a Junta Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai, em 16 de dezembro de 2014. Documento internacional.

sobre essa lei e seus potenciais impactos na região. Para tanto, serão utilizados resultados obtidos pelas pesquisas qualitativas da primeira etapa do plano de monitoramento, realizadas por pesquisadores da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (Franchini, 2017), pesquisadores uruguaios responsáveis por coletar as informações do lado uruaio da fronteira (Scuro, 2017; Rossal, Curbelo e Martínez, 2017), assim como por nós mesmos (Cunha, Pessoa e Soares, 2017; Cunha *et al.*, 2017). Ademais, nos apoiaremos nos dados do estudo etnográfico produzido no âmbito da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), executada em uma comunidade terapêutica (CT) da fronteira entre Brasil e Uruguai.

O texto se inicia com a contextualização sobre a construção da nova política uruaia, bem como sobre os avanços e retrocessos da Lei de Drogas brasileira. Em seguida, são apresentados os dados relativos à estrutura de cuidado a usuários de drogas na fronteira do Brasil com o Uruguai. Ao final, abordam-se as percepções de integrantes do sistema de justiça em serviço na região, acerca da nova Lei de Drogas uruaia e seus impactos na fronteira.

2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE DROGAS NO BRASIL E NO URUGUAI

Em princípios do século XX, tanto no Brasil quanto no Uruguai, os produtos derivados de *cannabis* ou ópio eram normalmente utilizados, seja para tratamento médico ou para fins recreativos. Por impulso de uma série de convenções internacionais, os dois países passaram a adotar políticas progressivamente mais restritivas em relação a essas substâncias, embora o problema da maconha fosse absolutamente marginal ao debate brasileiro sobre as drogas anestésicas (Adiala, 2011) e o cerne da atividade regulatória uruaia fosse a produção, distribuição e o consumo de álcool, sobre o qual não recaíam quaisquer limitações internacionais (Fraiman e Rossal, 2009). Ambos aderiram, entretanto, à Convenção Internacional do Ópio e subsequentes, produzindo políticas nacionais bastante semelhantes: o Uruguai criminalizou o tráfico de drogas em 1934 e estabeleceu o monopólio estatal sobre a produção e distribuição de substâncias entorpecentes em 1937, enquanto o Brasil criminalizou o porte e o tráfico de drogas em 1932 e instituiu a internação compulsória dos dependentes químicos em 1938.

Na esfera internacional, pode-se dizer que o grau de aplicação dessas convenções não era elevado, em virtude do equilíbrio de forças existente entre China e Estados Unidos, fortemente proibicionistas, e as nações europeias, para as quais esse problema não era tão relevante (Garat, 2013). Com o final da Segunda Guerra Mundial e a emergência dos Estados Unidos como superpotência, o paradigma proibicionista ganhou não apenas um novo impulso, mas também um instrumento internacional de controle e fiscalização, por meio do Sistema da Organização das Nações Unidas (Sistema ONU).

Em 1948, o Conselho Econômico e Social da ONU (ECOSOC) determinou a consolidação, revisão e unificação dos tratados internacionais sobre drogas, o que resultou na adoção da Convenção Única sobre Entorpecentes, em Nova Iorque, 1961. A convenção assentou as bases do modelo de guerra às drogas, contrapondo os países desenvolvidos, consumidores dessas substâncias, e os países em desenvolvimento, produtores. Além disso, generalizou a compreensão de que a melhor estratégia para abordar o problema seria o controle da oferta, pela eliminação de produção e distribuição ilegais (Bewley-Taylor e Jelsma, 2011). Com a criação da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), estabeleceram-se mecanismos de monitoramento para garantir adequada aplicação da convenção, por meio da adoção conforme de políticas nacionais sobre drogas.

A partir dos anos 1970, a questão das drogas passou a ser um elemento importante da política norte-americana de segurança nacional, conduzindo a um amplo esforço diplomático para padronizar suas legislações e ampliar a repressão internacional tanto à oferta quanto ao consumo de drogas, mormente no hemisfério ocidental. Como resultado, adotou-se em 1973 o Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos (ASEP) (Garat, 2013). Na mesma época, vários países latino-americanos promulgaram novas legislações sobre drogas, caracterizadas por um estrito proibicionismo e pela constituição de burocracias estatais encarregadas de sua fiscalização (Del Olmo, 1989).

Nesse contexto, o Brasil promulgou a Lei Federal nº 6.368/1976 (Lei de Tóxicos), em consonância com as diretrizes do ASEP de repressão simultânea aos traficantes e aos usuários de drogas. Em contrapartida, o Uruguai editou o Decreto-Lei nº 14.294/1974, que também seguia as diretrizes gerais do ASEP, mas com uma diferença bastante relevante: ao contrário dos demais países da região, a legislação uruguaia não criminalizou os usuários de drogas, ainda que estabelecesse a possibilidade de internação compulsória após a avaliação de seu estado mental, econômico e social. Em 1998, a Lei uruguaia nº 17.016/1998 reduziu as penas para tráfico, autorizando igualmente o porte de uma certa quantidade de drogas para uso pessoal (Garat, 2013).

Após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, houve uma mudança na agenda da política externa norte-americana, e a guerra às drogas cedeu espaço ao combate ao terrorismo. Com as atenções voltadas ao Oriente Médio e a consequente retração no ativismo norte-americano em relação à América Latina, o fortalecimento das relações multilaterais permitiu repensar os problemas da região a partir de uma perspectiva própria (Velasco, 2012). Em 2009, a União das Nações da América do Sul (Unasul) implantou o Conselho Sul-Americano sobre o Problema Mundial das Drogas (CSPMD), propondo o deslocamento do debate sobre drogas para o campo da saúde pública e dos direitos humanos, por meio de uma abordagem

integral. Em 2010, a Organização dos Estados Americanos (OEA), por meio da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), aprovou uma nova estratégia hemisférica sobre drogas, incorporando também temas de saúde pública e direitos humanos.

Em 2006, o Brasil aprovou a Lei Federal nº 11.343/2006, instituindo uma política nacional sobre drogas e distinguindo o tratamento reservado a usuários e traficantes. O usuário não se encontra mais submetido a penas restritivas de liberdade, mas somente a penas alternativas: advertência, prestação de serviços comunitários e/ou comparecimento em programas educacionais. Segundo Barbosa (2017), o objetivo da nova legislação seria deslocar os usuários do âmbito penal à saúde pública, enquanto o traficante passaria a ser punido com maior rigor. Logo, a questão central ao debate sobre nova lei de drogas brasileira é a distinção entre *traficante* e *usuário*, ainda que os critérios legais de diferenciação entre um e outro não sejam objetivos, mas integralmente subjetivos. Em seu art. 28, parágrafo 2º, estabelece a lei que:

para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (Brasil, 2006).

Portanto, a distinção a ser produzida pelo magistrado é potencialmente discricionária, podendo basear-se em critérios bastante subjetivos, tais como a opinião dos policiais diretamente envolvidos no flagrante.³

Se a nova legislação parece afastar-se do paradigma proibicionista, não prevendo a aplicação de penas restritivas de liberdade aos usuários de drogas, a linguagem da guerra às drogas continua presente, na forma de punições mais severas aos traficantes. Por esse motivo, alguns críticos a denominam de “retrocesso travestido de avanço” (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais – IBCCRIM, 2016), enquanto outros manifestam sua preferência pela manutenção da lei anterior (Boiteux, 2006), já que os usuários não eram presos, mas encaminhados ao Juizado Especial, onde em regra poderiam obter um acordo ou transação penal. Sem afastar o controle penal sobre o uso de todas as drogas, a nova lei acaba por reforçar o abismo entre as figuras do usuário e do traficante, atingindo duramente os pequenos traficantes selecionados pelo sistema de justiça para receberem uma sanção, cuja pena mínima é agravada de três para cinco anos (Cunha e Pessoa, 2018).

Com efeito, dados recentes mostram que, na vigência da nova Lei de Drogas brasileira, o encarceramento por tráfico de drogas aumentou. No ano da promulgação da lei, 2006, 15% das pessoas que eram presas respondiam por delitos de drogas.

3. A este respeito, ver Haber (2018).

Segundo informações do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN/MJ),⁴ em 2016, esse número alcançou 28%.

Com a hipertrofia do controle penal, o pretendido deslocamento dos usuários para o âmbito da saúde pública acabou por não se materializar. Segundo Barbosa (2017), essa passagem deveria resultar do fortalecimento do papel desempenhado pela Política Nacional de Saúde Mental, que disciplina a atenção a usuários e dependentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tratamento esbarra, no entanto, no subfinanciamento e no despreparo de alguns agentes de saúde para lidar com esse público, que em muitos casos é estigmatizado e/ou submetido a tratamentos degradantes ou desumanos.

O atraso brasileiro na formulação de uma política pública de saúde específica para pessoas com transtornos decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas favoreceu a disseminação de modelos e instituições de cuidado, nem sempre pautados pela observância dos direitos humanos. Neste contexto, floresceram tanto as clínicas para reabilitação de dependentes químicos – de natureza privada, com fins lucrativos e respaldo de profissionais da saúde – quanto as denominadas CTs. Em ambos os casos, o cuidado se baseia predominantemente na internação e segregação dos pacientes, tendo como principal meta a abstinência definitiva do uso de drogas (Brasil, 2003).

3 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA FRONTEIRA BRASILEIRA COM O URUGUAI

Desde a criação do Mercado Comum do Sul (Mercosul), em 1991, questões sociais e aspectos de cooperação no campo da saúde vêm progressivamente sendo incorporados à agenda política dos governantes da região. Para Silva (2009), os municípios da fronteira entre o Brasil e o Uruguai enfrentam grandes dificuldades em prover suas populações com atenção integral à saúde, além de, em alguns casos, precisarem atender à demanda proveniente dos países vizinhos. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para a realização de procedimentos e a distância entre os municípios e os centros de referência são os principais problemas encontrados. Outro desafio que se coloca na região fronteiriça é o acolhimento do usuário de drogas, uma vez que os dois países adotam políticas distintas.

No Brasil, os cuidados a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (SPAs) foram protocolizados no âmbito do SUS, desde 2003, como parte integrante da saúde mental, sob responsabilidade das redes de atenção psicossocial (RAPS), que são constituídas pelos itens a seguir.

4. Disponível em: <<http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016>>.

- I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade Básica de Saúde;
 - b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
 - c) Centros de Convivência;
- II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:
Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;
- III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) SAMU 192;
 - b) Sala de Estabilização;
 - c) UPA 24 horas;
 - d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
 - e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;
- IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) Unidade de Recolhimento;
 - b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;
- V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:
- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
 - b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- VI - Estratégias de desinstitucionalização, formadas pelo seguinte ponto de atenção:
- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e
- VII - Reabilitação psicossocial (Brasil, 2011, art. 5^o).

A RAPS tem por objetivo principal atender as pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Entre as suas diretrizes de funcionamento, destacam-se o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas que acessam essa rede; o desenvolvimento de atividades, no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; e

a elaboração de estratégias de redução de danos. Em consonância com a política de saúde mental, determinada pela Lei nº 10.216/2001, a RAPS privilegia os serviços extra-hospitalares de base territorial e comunitária, sem requerer de seus usuários a abstinência do uso de drogas como condição para o acesso a esses serviços.

Em pesquisa feita por Franchini (2017), apenas um entre quatro municípios brasileiros visitados ao longo da fronteira com o Uruguai contava com um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), equipamento público especializado no atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Outros dois municípios realizavam esse atendimento por meio de CAPS,⁵ e um deles encaminhava seus usuários ao município vizinho.

Tendo em vista a proximidade geográfica e cultural das cidades dos dois países, muitas instituições das redes de saúde e do sistema de segurança pública trabalham em cooperação mútua, atendendo a população das duas nacionalidades, dos dois lados da fronteira. No entanto, essa prática de compartilhamento de serviços de saúde não se encontra universalizada, parecendo decorrer mais do voluntarismo dos servidores que de acordos institucionalizados.

Se a pessoa for totalmente estrangeira, nós não realizamos atendimento. A gente faz o básico e encaminha para o Uruguai. Se ela tem documentação brasileira, ou fronteiriça,⁶ como dizemos, ela pode realizar o atendimento. Se ela for totalmente estrangeira, não podemos realizar as cobranças, registrar nas FAs [fichas de atendimento], por exemplo (enfermeira de Unidade Básica de Saúde – UBS).

A gente atende, só não pode passar pro lado de lá. Se for do outro lado da rua, a gente não pode. De início, quando começou, até médico uruguaio fazia regulagem com a SAMU, brasileiros, do lado de lá, se precisasse nós íamos, agora faz três anos que não. [...] Teve um acidente e nós não pudemos buscar o brasileiro, era 50 metros pra dentro, mas nós não podíamos buscar, daí as pessoas da rua que tiveram que trazer. Botaram num carro e trouxeram, daquele jeito, mas ele não sobreviveu (trabalhador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU) (Franchini, 2017).

Outros dispositivos de atenção a usuários de drogas presentes na fronteira são as denominadas CTs. De acordo com o *survey* realizado no âmbito da pesquisa *Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras* (Ipea, 2017), haveria duas CTs na localidade, nas cidades de Uruguaiana e Dom Pedrito. Uma delas constitui-se em CT de “referência” para a RAPS na região da fronteira oeste do Rio Grande do Sul, sendo a única que, na circunscrição da 10ª Delegacia Regional de Saúde,

5. Centros de Atenção Psicossocial, equipamento público voltado à atenção de pessoas com transtornos mentais, não especializado em álcool e drogas.

6. O documento especial de fronteiriço é emitido tanto pelo Brasil quanto pelo Uruguai, em favor dos cidadãos residentes nas cidades gêmeas existentes ao longo da fronteira entre os dois países, no marco do Acordo entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaiois, internalizado pelo Decreto Legislativo nº 907/2003.

mantém convênio para fins de financiamento com Senad e com o governo do estado. Esta CT foi objeto do estudo qualitativo integrante da mesma pesquisa (Ipea, 2017).

O município de Uruguaiana conta com uma edificação destinada ao funcionamento de um CAPSad, mas este ainda não foi habilitado a receber recursos financeiros federais, por ausência de equipe técnica. Assim, os pacientes oriundos deste município, e também de Rosário do Sul, Santana do Livramento e Barra do Quaraí, são atendidos na cidade de Alegrete, que conta com um CAPSad. Eventualmente, também são encaminhados para a CT de Uruguaiana.

Segundo o relato de trabalhadores de algumas RAPS, o acesso aos CAPSad é livre, havendo atendimento de acordo com a demanda. No entanto, de acordo com Franchini (2017), os CAPSad da região não oferecem uma escuta qualificada aos usuários, nem a necessária construção de um vínculo entre eles e o equipamento.

Aqui no CAPS não precisa de encaminhamento médico. Daí a pessoa pode vir de livre e espontânea vontade, ou às vezes a família acaba trazendo – às vezes é ordem judicial mesmo. Daí eles têm que vir (profissional do CAPS).

Até o mês passado, nós atendíamos livre demanda. Mas agora estamos pedindo um encaminhamento do médico pro CAPS, porque nosso serviço estava superlotado. E muita gente desiste (profissional do CAPS) (Franchini, 2017).

Na CT pesquisada, os trabalhadores entrevistados relataram que os usuários são encaminhados principalmente pelas famílias. Em segundo lugar, encontram-se os encaminhamentos da RAPS e do conselho tutelar. As entrevistas com os internos sugerem, porém, que alguns casos resultam de encaminhamento pelo sistema de justiça.

Durante algumas entrevistas, alguns profissionais da RAPS na região demonstraram franco e preocupante desconhecimento sobre o cuidado ao usuário de drogas segundo a lógica da redução de danos, tal como estabelecido pelas diretrizes emanadas do Ministério da Saúde. Ficou claro que, mesmo nos equipamentos da rede pública, prevalece a lógica da abstinência como condição para o acesso ao serviço.

Entrevistado: Aqui é *redução de danos*. Aqui não pode entrar alcoolizado e nem portando... Eles vêm aqui tomar banho, não podem estar portando nada. Se tu vais deixar que eles entrem, todo mundo vai entrar com as garrafas de álcool, vão beber...

Entrevistador: Tu estavas me falando que aqui é redução de danos, o que tu entendes por redução de danos?

Entrevistado: É reduzir os danos. Eu não posso deixar um alcoolizado entrar aqui, quando eu tô trabalhando com outros que tomaram durante o final de semana, entendeu? (trabalhador do CAPSad) (Franchini, 2017, grifo nosso).

Por fim, as entrevistas com os trabalhadores da RAPS na região evidenciaram que muitos deles desconsideraram a primeira diretriz para o funcionamento da RAPS (art. 2º, inciso I, da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011), que é a garantia da autonomia e da liberdade das pessoas assistidas. Diversos discursos revelam a adoção de práticas excludentes e criminalizantes do uso de drogas: “Nós não internamos na Santa Casa daqui porque é livre, é aberto – quando querem sair, saem. Então a gente leva pra Pelotas, porque lá eles ficam fechados (profissional do CAPS)” (Franchini, 2017).

4 O ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE DROGAS NA FRONTEIRA URUGUAIA COM O BRASIL

O Uruguai é um dos países pioneiros na América Latina em adotar de maneira integral a redução de danos como uma política de Estado para controlar os efeitos do uso de drogas. Sob coordenação da Junta Nacional de Drogas (JND), foram implementadas as primeiras orientações sobre redução de danos para prevenir o contágio de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis – posteriormente, esses critérios foram expandidos para outras substâncias lícitas ou ilícitas. A adoção da redução de danos como estratégia para lidar com o uso de drogas pode ser observada no Marco Regulatório para os Estabelecimentos Especializados no Tratamento de Usuários com Consumo Problemático de Drogas, bem como na Lei nº 17.930/2005, que trata do Centro de Informação e Referência Nacional da Rede de Drogas.

Mesmo assim, alguns equipamentos sanitários uruguaiois não aderiram a essa política em suas práticas, e seguem o modelo que faz da abstinência o único caminho para a reabilitação – como pode ser observado durante visita de campo no maior centro público de tratamento de usuários de drogas do lado uruguaio da fronteira. Para realizar tratamento na Casa Abierta, por exemplo, a completa abstinência é uma exigência.

A médica comenta um episódio complicado, no qual três pacientes teriam fumando um baseado no Hospital de Artigas. Ela diz que poderia ter acontecido de fumarem maconha, mas, quando um viciado está eufórico, pode fazer algo mais grave. Ela não estava no hospital e outro profissional deu-lhes alta, ou seja, mandou-os para a rua sem que estivessem “desintoxicados”. Como esses pacientes não estavam em abstinência, não puderam ingressar na Casa Abierta. Além disso, quando saíram quase expulsos do hospital, praticaram um assalto para conseguir dinheiro para comprar *crack* e acabaram presos (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017, tradução nossa).⁷

7. “La doctora comenta un episodio complicado en el que tres pacientes se habrían fumado un porro en el Hospital de Artigas, ella dice que podría haber ocurrido que fumaran marihuana, pero que cuando está eufórico un adicto podría haber sido más grave que fumarse un porro. Ella no estaba en el Hospital y otro profesional les dio el alta, o sea los mandó a la calle sin estar “desintoxicados”. Al mostrarse que estos pacientes no estaban en abstinencia, no pudieron ingresar a Casa Abierta. Además, cuando salieron, prácticamente expulsados, del Hospital cometieron una rapiña para obtener recursos para comprar pasta base y terminaron presos.”

Em entrevista com profissionais da psiquiatria que atuam na região da fronteira, foi possível identificar os dissensos sobre a nova lei uruguaia que regula o mercado de *cannabis* e sobre a adoção da redução de danos no tratamento de usuários problemáticos de drogas.

A médica comenta que a posição da Sociedade de Psiquiatria é contrária à lei, já que a maconha é uma droga e “como toda drogas, faz mal”, mas ela deixa transparecer que sua opinião é a favor da regulamentação, em especial por sua adesão à redução de danos (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017, tradução nossa).⁸

Assim como no Brasil, pode-se perceber, nos discursos dos profissionais de saúde uruguaiois, que não há consenso sobre as estratégias de tratamento, havendo, portanto, duas visões: uma, absenteísta, segundo a qual as drogas são vistas como algo intrinsecamente mau; e outra cujo foco é reduzir as possibilidades de que o sujeito venha a fazer uso problemático de drogas.

Na cidade de Artigas, foi possível identificar os dissensos entre os profissionais que atuam no hospital psiquiátrico da região. Os discursos ficam entre uma visão orientada para o tratamento a partir da redução de riscos e danos, e outra na qual essa abordagem não é considerada uma solução possível para o tratamento de usuários problemáticos.

Não sou partidário da redução de danos. A redução de danos é como a anestesia para a dor, é um por enquanto, não resolve o problema de fundo, pode distrair por algum tempo, mas nunca vai ao fundo do problema. O fundo do problema, onde está? Em cada sujeito tem uma origem distinta, seguramente o que acontece é que o vício termina sendo a válvula de escape do ser humano face a um problema muito maior que tenha em seu interior, de vazio, de carência, de abandono, de desmotivação na vida (Rossal, Curbelo e Martínez, 2017).⁹

Segundo Curbelo (2016), essa associação entre o consumo de drogas e uma situação de vulnerabilidade social dos usuários que levaria os jovens a consumir drogas aparece no discurso de diversos atores vinculados a instituições de saúde estatais no Uruguai, permeado por uma moralidade conservadora sobre perda de valores.

8. “La doctora comenta que la posición de la Sociedad de Psiquiatría es contraria a la ley, en tanto que la marihuana es una droga y ‘como toda droga te hace mal’, pero ella deja entre ver su opinión a favor de la regularización, en especial atendiendo a su adhesión a la reducción de daños.”

9. “Yo no soy partidario de la reducción de daños, (...) me parece que lo que hace básicamente este. La reducción de daños a la adicción es como la anestesia para el dolor, es un mientras tanto, no te resuelve el problema de fondo, te puede distraer un tiempo, pero nunca va al fondo del problema. El fondo del problema ¿dónde está? En cada sujeto tiene un origen diferente, seguramente lo que pasa es que la adicción termina siendo la válvula de escape del ser humano ante un problema mucho mayor que tiene en su interior, de vacío, de carencia, de abandono, de desmotivación en la vida.”

5 INTERFACES ENTRE O SISTEMA DE SAÚDE E O SISTEMA DE JUSTIÇA BRASILEIROS

Conforme o exposto, a atual Lei de Drogas brasileira diferencia as condutas de usuário e de traficante. Assim, usuários não estão submetidos a penas privativas de liberdade e não podem ser presos em flagrante, devendo ser sancionados com penas alternativas – tais como prestação de serviços à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo, proibição de frequência a determinados locais, advertência verbal e multa. As internações compulsórias, entretanto, parecem ser comuns na região, conforme expresso nas falas dos entrevistados, tanto da CT quanto dos serviços da RAPS. Caso emblemático aparece do relatório etnográfico sobre a CT localizada em Uruguaiana.

O menino K., de 13 anos, estava lá desde os seus 11 anos de idade por determinação judicial, e ainda ficaria, no mínimo, por mais dois meses. Ele foi enviado para a CT em vez de ser direcionado à internação na FASE, por ter sido flagrado em delito de roubo. Ele já tinha uma trajetória criminal bastante extensa quando foi enviado para a CT e, segundo os coordenadores do local, também usava *crack* desde os 6 anos de idade. K. tem a possibilidade de abandonar o “tratamento”, mas teria que cumprir o restante do período de dois anos, que foi juridicamente imposto a ele, na FASE. Ou seja, é um caso claro de institucionalização, em que o programa terapêutico tem pouca importância. Não se oferecia nada diferente para ele do que era oferecido para os acolhidos regulares (Ipea, 2017).

Surpreende, também, o suporte prestado pelo CAPSad na efetivação das internações compulsórias.

Eu recebo 500 reais a mais para ser coordenador do CAPSad, e divido com a minha colega. E é só isso que nós fazemos. O juiz nos liga, o delegado, o promotor... Meu telefone não para, dia e noite. Me ligam e eu vou lá e faço a compulsória. A Brigada é bem parceira nossa, é parceira nossa. Me ajudam. Eu só ligo, combino, e eles vêm. Eu até digo para não apertarem muito as algemas, para quando chegar no Espírita, em Pelotas, não ficar marcado das algemas (coordenador do CAPS) (Franchini, 2017).

Conforme discute Luciana Musse, neste mesmo volume, a previsão de internação psiquiátrica compulsória (IPC) de pessoas que fazem uso problemático de SPAs encontra-se submetida à Lei nº 10.216/2001 e ao regulamento do SUS (Portaria nº 2.048/2009), segundo os quais a IPC é determinada pela justiça ou por medida judicial, o que nos leva a ter ações e decisões judiciais as mais diversas, tanto na área cível quanto na penal.

Em algumas situações, a IPC é determinada por autoridades públicas e equivale à internação forçada e muitas vezes indiscriminada e em massa de usuários de *crack* e outras drogas, correspondendo a uma “limpeza social”, neo-higienista e ao controle social da pobreza. Em outras, a IPC é a resposta dada pelo Poder Judiciário aos apelos de familiares de pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso

nocivo de drogas, sobretudo de *crack*. Essa situação acaba gerando um fenômeno conhecido como “judicialização da política” ou, simplesmente “judicialização”, que, tal qual a internação, em qualquer das suas modalidades, deve ocorrer em último caso.¹⁰

A política brasileira para os usuários de álcool e outras drogas dialoga com a Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei nº 10.216/2002, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental entre os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde para essa população. Além disso, garante a universalidade de acesso à assistência integral, priorizando a descentralização dos serviços de atendimento, para que sejam estruturados na comunidade, próximos ao convívio social dos usuários. Assim, as redes assistenciais devem centrar-se nas desigualdades existentes, ajustando suas ações às demandas da população, a fim de atender de forma equânime e democrática.

Tendo em vista que o uso do álcool e outras drogas é tema transversal, pois envolve a justiça, a educação, o bem-estar social, a saúde e o desenvolvimento, a nova Lei de Drogas brasileira avança ao prescrever medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Além disso, estabelece que os usuários deverão ter garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário, quando estiverem privados de liberdade. Segundo Ronzani e Mota (2011), há a superação do modelo moralizante do cuidado e o resgate da cidadania dos usuários como sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Enquanto perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde baseia-se nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

Diante deste quadro normativo, faz-se necessário acompanhar o tratamento que o sistema de justiça brasileiro tem dado aos usuários de drogas que chegam ao sistema na fronteira, bem como as percepções dos agentes de justiça sobre a questão na região.

6 PERCEPÇÕES DOS ATORES DO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL QUE ATUAM NA FRONTEIRA ENTRE BRASIL E URUGUAI

Com relação aos consumidores de drogas ilícitas que chegam aos tribunais, para os juízes eles são, em sua imensa maioria, jovens socialmente vulneráveis, dependentes de *crack* ou pasta base de cocaína – razão pela qual acreditam na existência de uma seleção policial, pois, segundo eles, “quem cai tem sempre o mesmo semblante físico”. Em regra, esses acusados também são reincidentes, o que é coerente com o relato policial de que existe um universo de usuários que são periodicamente

10. Ver capítulo 9 deste livro.

“reciclados” (*sic*) pelo sistema de justiça criminal. No entanto, esse relato destoa da percepção dos magistrados brasileiros de que há um crescente consumo de cocaína e drogas sintéticas por jovens de alto poder aquisitivo, em especial em Santana do Livramento e Jaguarão, onde existem universidades.

A magistratura uruguaia, em contrapartida, apresenta uma grande preocupação com o uso abusivo, os suicídios e a prática de delitos sob o efeito de álcool. Como o mercado de bebidas alcoólicas é altamente regulado no Uruguai, para as autoridades é incompreensível a facilidade com que “qualquer um” compra bebidas destiladas no lado brasileiro a preços irrisórios – por exemplo, menos de US\$ 1 por litro de cachaça.

Sobre a nova legislação uruguaia de regulação do mercado de *cannabis*, há um consenso na percepção de que não houve qualquer alteração nas práticas de consumo ou nos padrões de criminalidade na região, exceto por um maior uso público da substância, no lado uruguaio da fronteira. Em um único caso, um magistrado uruguaio relatou a presença de consumidores brasileiros em pontos de venda de maconha no Uruguai. Para os juízes, ainda é cedo para avaliar o impacto da nova política, e o desconhecimento generalizado da população sobre as novas regras constitui um obstáculo importante à atenção aos objetivos pretendidos pelo legislador.

Em temas de políticas sobre drogas, não há uniformidade de pensamento entre os magistrados da região. Entre os juízes brasileiros, existe a convicção de que a guerra às drogas está perdida, e que a seleção policial impõe um ônus imenso sobre as camadas populares, ao mesmo tempo que dificilmente os usuários dos estratos socioeconômicos mais elevados recebem qualquer tipo de sanção. Esse consenso, porém, não se traduz numa opinião generalizada em favor da descriminalização, da legalização ou da regulação do mercado de drogas ilícitas.

Por um lado, alguns magistrados demonstram grande preocupação com problemas de coesão familiar e questões de saúde mental – por isso, eles têm certa dificuldade em compreender uma alternativa ao proibicionismo. Por outro lado, muitos juízes declararam-se abertamente antiproibicionistas, invocando princípios de liberdade individual e até mesmo de livre iniciativa econômica. Entre os magistrados uruguaiois, há grande ceticismo com as experiências antiproibicionistas, inclusive as de seu próprio país. Em sua percepção, além de incongruente com o restante da legislação penal uruguaia, a nova política não deverá ter efeitos significativos no combate ao tráfico ilícito de drogas, representando um incentivo ao uso precoce de uma substância que serve de “porta de entrada para outras drogas”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da constatação progressiva de que a guerra às drogas fracassou, muitos países vêm discutindo novas estratégias para lidar com a questão. Ao aprovar a lei que regulamenta todo o mercado de *cannabis*, o Uruguai torna-se pioneiro na

América Latina, ao afastar-se totalmente do paradigma proibicionista. Por essa razão, é de grande importância que o Brasil acompanhe e monitore os efeitos da política uruguaia e seus possíveis impactos, com especial atenção à zona de fronteira.

Apesar das diferenças entre as políticas de drogas brasileira e uruguaia, as duas legislações se propõem a deslocar a abordagem do usuário de drogas do âmbito penal para o da saúde pública. Logo, é fundamental nos debruçarmos sobre como a rede de saúde tem lidado com esses usuários.

Os dados levantados por pesquisas de campo, feitas na região da fronteira, trazem aspectos importantes sobre o consumo de drogas ali e sobre o funcionamento da rede de saúde, incluindo as CTs, para monitorar os possíveis impactos da nova lei uruguaia naquela região.

Sobre a saúde pública na fronteira e a oferta de atendimentos a usuários de drogas, percebeu-se que falta infraestrutura para este atendimento e que o compartilhamento das estruturas entre os dois países não é a regra, dependendo de atitudes voluntaristas de servidores públicos.

Mais que os problemas de infraestrutura na rede de atendimento aos usuários de drogas, chama a atenção o fato de que tanto o Brasil quanto o Uruguai adotam a abordagem de redução de danos no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. No entanto, grande parte dos profissionais da saúde dos dois países não aderiu a essas práticas e segue o modelo que faz da abstinência o tratamento para a reabilitação.

Por fim, outra questão, que surge dos dados coletados até o momento, é a interseccionalidade entre o público que acessa o sistema de saúde na fronteira e o que acessa o sistema de justiça. Foi possível identificar uma semelhança entre os dois: são geralmente formados por jovens socialmente vulneráveis, que são “reciclados” pelo sistema de justiça penal da região.

REFERÊNCIAS

ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. Tese (Doutorado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BARBOSA, R. Lei de Drogas: a distinção entre usuário e traficante, o impacto nas prisões e o debate no país. **Nexo Jornal**, 14 jan. 2017. Disponível em: <<https://www.nexojournal.com.br/explicado/2017/01/14/Lei-de-Drogas-a-distin%C3%A7%C3%A3o-entre-usu%C3%A1rio-e-traficante-o-impacto-nas-pris%C3%B5es-e-o-debate-no-pa%C3%ADs>>.

BEWLEY-TAYLOR, D.; JELSMA, M. **Cincuenta años de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes**: una relectura crítica. Amsterdã: Transnational Institute, 2011. (Serie Reforma Legislativa en Materia de Drogas, n. 12).

BOITEUX, L. A nova lei antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes. **Boletim IBCCRIM**, ano 14, n. 167, out. 2006.

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

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

CUNHA, A. dos S. *et al.* **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira**: vitimização e percepção social em políticas sobre drogas na fronteira brasileira com o Uruguai. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

CUNHA, A. dos S.; PESSOA, O. A. G. **Usuários e traficantes de drogas**: uma análise dos processos judiciais por delitos de drogas na zona de fronteira do Brasil com o Uruguai. Brasília: Ipea, 2018. (Relatório de Pesquisa).

CUNHA, A. dos S.; PESSOA, O. A. G.; SOARES, M. **Monitoramento dos efeitos da nova política uruguaia de regulação do mercado de *cannabis* sobre a zona de fronteira**: percepção das autoridades de segurança e atores do sistema de justiça criminal. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

CURBELO, M. **Informe de avance de investigación referido a las áreas de frontera Artigas-Quaraí y Rivera-Santana do Livramento**. Brasília: Ipea, 2016. (Relatório de Pesquisa).

DEL OLMO, R. Drogas: distorsiones y realidades. **Nueva Sociedad**, v. 102, Caracas, 1989.

FRAIMAN, R.; ROSSAL, M. **Si tocás pito te dan cumbia**: esbozo antropológico de la violencia en Montevideo. Montevideo: Ministerio del Interior; PNUD; AECID, 2009.

FRANCHINI, B. **O consumo de drogas e a saúde pública na zona de fronteira entre Brasil e Uruguai**: resultados qualitativos. Brasília: Ipea, 2017. (Relatório de Pesquisa).

GARAT, G. **Un siglo de políticas de drogas en Uruguay**. Montevideo: FESUR, 2013.

HABER, C. **Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Mimeografado.

IBCCRIM – INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. Ungass 2016 e os 10 anos da Lei nº 11.343/2006. **Boletim IBCCRIM**, São Paulo, v. 286, 2016.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica, n. 21).

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. *In*: ANDRADE, A. G. (Org.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2011. p. 251-270.

ROSSAL, M.; CURBELO, M.; MARTÍNEZ, E. **Usos y políticas del cannabis em la frontera Uruguay-Brasil**: percepciones, moralidades y trayectorias de actores públicos y usuarios de cannabis em las ciudades de Artigas, Rivera, Rio Branco y Chuy. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

SCURO, J. **Monitoreo y evaluación de los efectos de la nueva política uruguaya de regulación del mercado de cannabis sobre la seguridad en la zona de frontera**: percepción de los agentes de seguridad y actores del sistema de justicia criminal uruguayos. Rio de Janeiro: Ipea, 2017.

SILVA, M. P. **Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai**: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento-Rivera. Pelotas: Diprosul, 2009.

VELASCO, C. A. **Los retos que enfrenta el Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de Unasur: informe del IDPC**. Londres: Open Society, 2012.