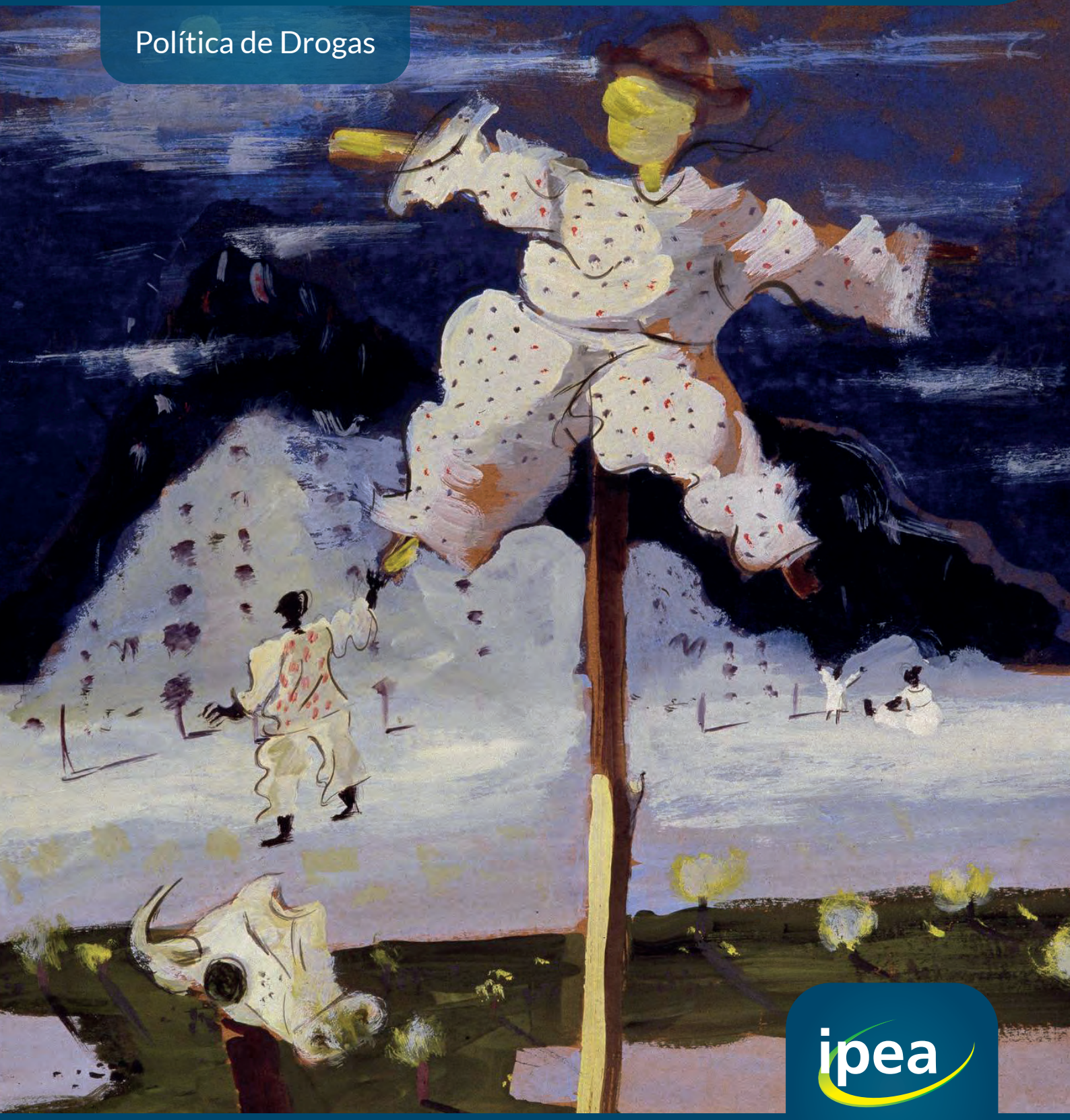
Boletim de Análise Político-Institucional

18
Dezembro 2018

Política de Drogas



ipea

Boletim de Análise Político-Institucional

18
Dezembro 2018

POLÍTICA DE DROGAS

Brasília, 2018

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Ministro Esteves Pedro Colnago Junior

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Ernesto Lozardo

Diretor de Desenvolvimento Institucional
Rogério Boueri Miranda

Diretor de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
Alexandre de Ávila Gomide

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas
José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais
Alexandre Xavier Ywata de Carvalho

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura
Fabiano Mezadre Pompermayer

Diretora de Estudos e Políticas Sociais
Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais
Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessora-chefe de Imprensa e Comunicação
Mylena Pinheiro Fiori

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria
URL: http://www.ipea.gov.br

Boletim de Análise Político-Institucional

Organizadora:
Maria Paula Gomes dos Santos

Comitê Editorial
Daniel Cerqueira
Helder Sant´ana
Janine Mello dos Santos
Marco Natalino
Roberto Pires
Rute Imanishi Rodrigues

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2018

Boletim de Análise Político-Institucional / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – n.1 (2011) - . Brasília : Ipea, 2011-

Semestral.
ISSN 2237-6208

1. Política. 2. Estado. 3. Democracia. 4. Periódicos. I. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

CDD 320.05

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A obra retratada na capa deste décimo oitavo Boletim de Análise Político-Institucional é a tela Espantalho, de Candido Portinari (1903-1962), datada de 1939. Além da inegável beleza e expressividade de suas obras, Portinari tem importância conceitual para um instituto de pesquisas como o Ipea. O "pintor do novo mundo", como já foi chamado, retratou momentos-chave da história do Brasil, os ciclos econômicos e, sobretudo, o povo brasileiro, em suas condições de vida e trabalho: questões cujo estudo faz parte da própria missão do Ipea. A Diest agradece ao Projeto Portinari pela honra de usar obras do artista em sua produção.

Direito de reprodução gentilmente cedido por João Candido Portinari.

Sumário

Apresentação 5

Por que Descriminalizar o Uso, a Produção e a Comercialização das Drogas? 9
Cristiano Maronna
Gabriel Santos Elias

Las Políticas de Drogas y el Estado: una aproximación para una política de mitigación de riesgos 19
Oliver Meza
Edgar Guerra
Gabriel Corona

O Novo Nem Sempre Vem: Lei de Drogas e encarceramento no Brasil 31
Marcelo da Silveira Campos

O Consumo de Drogas e seus Controles 39
Frederico Policarpo

Escolhas Morais e Evidências Científicas no Debate sobre Política de Drogas 47
Mauricio Fiore

Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre drogas 53
Débora Medeiros
Luís Fernando Tófoli

A Política do Ministério da Saúde na Atenção às Pessoas em Uso Problemático de Álcool e Outras Drogas: avanços e retrocessos 63
Andrea Gallassi

O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico 71
Iara Flor Richwin Ferreira

Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas 81
Maria Paula Gomes dos Santos

A Prevenção ao Uso Problemático de Drogas 91
Leon de Souza Lobo Garcia

Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas 99
Luiz Guilherme Mendes de Paiva

Do #vidasnasfavelasimportam ao #nóspornós: a juventude periférica no centro do debate sobre política de drogas 107
Ana Clara Telles
Luna Arouca
Raull Santiago

Apresentação

O paradigma que tem orientado a política brasileira sobre drogas é o da *guerra às drogas*, proposto pelos Estados Unidos nos anos 1970 e seguido, em suas linhas gerais, pela comunidade internacional, até há pouco tempo. Segundo este paradigma, o uso, a comercialização e a produção de certas substâncias psicoativas (SPAs) não podem ser tolerados e precisam ser severamente reprimidos, com táticas e estratégias bélicas. Nos últimos anos, contudo, o quase consenso internacional em torno destas medidas vem se desmanchando. Estados nacionais (como Portugal, Espanha, Uruguai e Canadá) e subnacionais (todos eles constituintes da maior república norte-americana, os Estados Unidos) vêm revendo suas políticas de controle de SPAs, até então proibidas, no sentido de descriminalizá-las e de cuidar de forma mais humanitária daqueles que porventura sofrem de prejuízos decorrentes do seu uso.

É fato que cresce, em foros internacionais, a percepção de que a *guerra às drogas* já teria sido perdida, uma vez que esta não resultou na redução do consumo daquelas substâncias, ao passo que favoreceu a escalada da violência em diversos países. Evidência desta nova tendência foi a realização, em 2016, de sessão especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS), cuja pauta era exatamente a revisão dos sistemas internacionais de controle de drogas.

Esses eventos têm repercutido no Brasil, onde diversos e relevantes atores sociais – entre eles profissionais de saúde e agentes do sistema de justiça e segurança pública – declaram, cada vez mais abertamente, suas críticas ao proibicionismo rigoroso referente ao uso, à comercialização e à produção de tais substâncias. As críticas incidem sobre diversos aspectos das políticas proibicionistas, tais como: os tremendos danos causados a brasileiros e brasileiras que habitam regiões periféricas das cidades, por conta das ações repressivas do Estado; a escalada das taxas de encarceramento no país, de pessoas negras e pobres, apenas supostamente ligadas ao tráfico de drogas; o empoderamento econômico-financeiro de organizações criminosas, inclusive daquelas cujas lideranças permanecem presas no sistema penitenciário. A este rol pode-se acrescentar ainda a obstrução das pesquisas sobre tratamentos e estratégias de cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, assim como sobre o uso terapêutico de algumas substâncias, hoje ilícitas.

Diante deste quadro, coloca-se ao país o desafio de enfrentar os dilemas colocados por sua política de drogas, de forma franca, aberta e sem dogmatismos. Sendo este um tema de pesquisas e políticas públicas transdisciplinares, este número 18 do *Boletim de Análise Político-Institucional* (Bapi) visa reunir contribuições de autores de diversas áreas ao debate. Originários de pesquisas acadêmicas ou de análises de políticas, os artigos aqui publicados organizam-se em torno de quatro eixos temáticos.

O primeiro eixo diz respeito à regulação e ao controle da produção, da comercialização e do consumo destas substâncias denominadas *drogas*, em torno do qual se agrupam os trabalhos de Cristiano Maronna e Gabriel Santos Elias (*Por que descriminalizar o uso, a produção e a comercialização das drogas?*); Oliver Meza, Edgar Guerra e Gabriel Corona (*Las políticas de drogas y el Estado: una aproximación para una política de mitigación de riesgos*); Marcelo da Silveira Campos (*O novo nem sempre vem: Lei de Drogas e encarceramento no Brasil*); Frederico Policarpo (*O consumo de drogas e seus controles*); e Mauricio Fiore (*Escolhas morais e evidências científicas no debate sobre política de drogas*).

O segundo eixo aglutina os artigos que se referem aos aspectos sanitários envolvidos no uso de drogas, representado pelos trabalhos de Débora Medeiros e Luís Fernando Tófoli (*Mitos e evidências na construção das políticas sobre drogas*); Andrea Gallassi (*A Política do Ministério da Saúde na Atenção às Pessoas em Uso Problemático de Álcool e Outras Drogas: avanços e retrocessos*); Iara Flor Richwin Ferreira (*O paradigma da redução de danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico*); Maria Paula Gomes dos Santos (*Comunidades terapêuticas e a disputa entre modelos de atenção e cuidado a usuários de drogas*); e Leon de Souza Lobo Garcia (*A prevenção ao uso problemático de drogas*).

O terceiro eixo temático trata do panorama internacional contemporâneo sobre a política de drogas, por meio do trabalho de Luiz Guilherme Mendes de Paiva (*Panorama internacional das políticas sobre drogas*).

Por fim, o quarto e último eixo contempla a questão dos impactos da guerra às drogas sobre as populações periféricas do país, em especial a juventude, representado pelo estudo de Ana Clara Telles, Luna Arouca e Raull Santiago (*Do #vidasnasfavelasimportam ao #nóspornós: a juventude periférica no centro do debate sobre política de drogas*).

Explicando melhor sobre o que trata cada artigo, no primeiro eixo temático o trabalho de Cristiano Maronna e Gabriel Santos Elias faz uma defesa enfática da descriminalização das drogas, com base em argumentos jurídicos e sanitários, que se apoiam em análises da experiência de outros contextos nacionais. Oliver Meza, Edgar Guerra e Gabriel Corona, autores mexicanos, também discutem sobre a necessidade de um novo marco regulatório para as políticas de drogas, a partir da experiência de seu país e das pesquisas que conduzem no Centro de Investigación y Docencia Económicas (Cide), em Santa Fé, México.

O artigo de Marcelo da Silveira Campos, por sua vez, analisa os impactos da Lei de Drogas de 2006 (Lei nº 10.343) sobre as taxas de encarceramento, a partir de estudo realizado pelo autor para a cidade de São Paulo, em 2015. Em uma abordagem antropológica, o estudo de Frederico Policarpo analisa os modos como as instituições do sistema de justiça e de segurança pública passaram a realizar os controles sobre o uso e o tráfico de drogas, a partir do sancionamento de leis que, aparentemente, suavizaram as penas para o crime de uso de drogas, mas endureceram aquelas aplicáveis ao crime de tráfico.

Já a contribuição de Mauricio Fiore consiste em explicitar o conteúdo moral sempre presente no debate sobre políticas sobre drogas, mas costumeiramente tratado como aquele comensal que não foi convidado para o banquete – um intruso mal recebido. Buscando recuperar a dignidade deste comensal e a legitimidade desta agenda, o autor propõe, contudo, o alargamento da perspectiva moral e ética que permeia o debate sobre drogas, pela incorporação de preocupações com os riscos e os danos sofridos por aqueles que, ainda que afastados do uso ou do tráfico destas substâncias, costumam ser suas primeiras e mais numerosas vítimas: os moradores das favelas e das periferias do país, as pessoas negras e jovens.

Compondo o segundo eixo temático, o artigo de Débora Medeiros e Luís Fernando Tófoli traz uma breve, mas valiosa, revisão da literatura contemporânea, produzida inclusive no campo da saúde, acerca dos riscos sociais e sanitários envolvidos no uso de drogas, assim como de sua proibição. Analisando evidências apresentadas por vários estudos, o trabalho contribui para a qualificação do debate, marcado até hoje por muita desinformação. Andrea Gallassi apresenta as matrizes teóricas e políticas, assim como a lógica e a organização das ações do Ministério da Saúde (MS) na atenção integral às pessoas que sofrem prejuízos em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Implementadas desde o início

dos anos 2000, estas ações inscrevem-se no conjunto de inovações promovidas na Política Nacional de Saúde Mental, que se orienta pela necessidade do resgate dos direitos de cidadania dos sujeitos assistidos e no primado da liberdade e da autonomia destes sujeitos. Aprofundando a discussão sobre estas inovações, o estudo de Iara Flor Richwin Ferreira discorre sobre a direção clínica proposta pelo MS – apoiada na *lógica da redução de danos* –, com base em pesquisas acadêmicas e em sua própria experiência como psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (Caps DF).

O artigo de Maria Paula Gomes dos Santos tem por objeto as comunidades terapêuticas (CTs) – instituições de caráter privado, muitas vezes religiosas, que atuam no acolhimento de pessoas que fazem uso problemático de drogas. Com base nas pesquisas da autora e da equipe, realizadas pelo Ipea, por demanda da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), o trabalho apresenta algumas características destas instituições e de sua atuação no país, bem como as controvérsias que contornam sua participação na oferta de cuidados para usuários de drogas, apoiada por recursos públicos. O artigo de Leon de Souza Lobo Garcia trata da prevenção do uso problemático de drogas, sejam elas lícitas, sejam ilícitas, indicando os imensos desafios que se colocam às intervenções neste campo: a insuficiente articulação intersetorial das políticas de saúde, educação e assistência social; a instabilidade das dotações orçamentárias do setor público para programas preventivos; e, no caso do álcool, a pressão organizada e bem financiada dos setores econômicos que lucram com o seu consumo.

No terceiro eixo temático, Luiz Guilherme Mendes de Paiva oferece, em seu trabalho, um panorama do debate referente às políticas sobre drogas nos foros internacionais. Tendo em vista o caráter transnacional do mercado de drogas, o autor discorre sobre a história dos tratados e convenções que vieram, ao longo do tempo, orientando as políticas domésticas sobre uso, produção e circulação destas mercadorias, e aponta os novos desafios colocados ao sistema internacional de controle sobre estas, ante o rompimento do consenso em torno do paradigma proibicionista.

Por fim, o estudo de Ana Clara Telles, Luna Arouca e Raull Santiago insere-se neste Bapi temático como um alerta sobre os prejuízos e os danos impostos às populações das periferias brasileiras, em nome da *guerra às drogas*. Cabe destacar que os próprios autores são pessoas jovens, residentes em favelas e periferias do Rio de Janeiro, que têm se dedicado a refletir e a debater, junto às comunidades onde vivem e ao próprio Estado, sobre os pressupostos e impactos da atual política brasileira sobre drogas, na esperança de que ela venha a ser reformada sob uma perspectiva que leve em conta a existência e o bem-estar destas populações.

Por que Descriminalizar o Uso, a Produção e a Comercialização das Drogas?

Cristiano Maronna[1]
Gabriel Santos Elias[2]

1 INTRODUÇÃO

Após mais de cem anos de vigência, o proibicionismo, que tornou ilícitas certas substâncias psicoativas, apresenta sinais de esgotamento. A repressão penal da produção, do comércio e do consumo das drogas ilegais não foi capaz de reduzir nem a oferta nem a demanda, além de produzir danos individuais e sociais de larga magnitude.

O consenso em torno do proibicionismo fraturou-se e já é possível constatar mudanças no cenário regulatório. Países como Uruguai e Canadá adotaram novas abordagens em suas políticas de drogas, seguidos de perto por Estados Unidos, México, Colômbia, Portugal e Espanha.

Para que uma política de drogas de fato atinja os seus objetivos declarados, de proteger a saúde pública com respeito aos direitos humanos, é essencial a utilização de dados e evidências científicas confiáveis, deixando de lado tabus morais.

Abandonar a opção repressiva é o primeiro (mas não o único) passo a ser tomado, por meio de medidas que retirem do âmbito de incidência da lei penal a questão das drogas. No lugar da proibição e da repressão, urge adotar um desenho regulatório para as drogas ilegais semelhante ao que existe em relação ao tabaco, às bebidas alcoólicas e aos fármacos.

Nesse sentido, deixar de criminalizar a produção, a comercialização e a posse para uso pessoal é pressuposto necessário e indispensável.

2 A PROIBIÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS É INCONSTITUCIONAL

O direito penal brasileiro tem, entre seus princípios fundamentais, a proteção à autonomia individual e à vida privada, e o postulado segundo o qual a autolesão não é punível. A proibição da posse de drogas para consumo pessoal é inconstitucional, por não respeitar essas regras e esses postulados. Não é papel do direito penal realizar a educação moral de pessoas adultas.

A proibição permite que o Estado interfira em decisões pessoais que não afetam terceiros, o que viola a vida privada, a intimidade e a liberdade individual. Entre estas decisões inclui-se também a possibilidade da autolesão. Em nome da proteção à saúde pública, o Estado retira a liberdade do cidadão. Nas palavras de Salo de Carvalho, professor de direito penal da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ),

> um Estado que pretenda regular os hábitos da população será sempre um Estado autoritário. O sujeito tem o direito de se autolesionar (tatuagens e piercings), de se arriscar (automobilismo), de lutar ferozmente até fazer o adversário desmaiar (lutas de vale-tudo), de comer alimentos gordurosos

1. Advogado, mestre e doutor em direito penal pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM) e da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD).

2. Mestre e doutorando em ciência política na Universidade de Brasília (UnB). Coordenador de relações institucionais da PBPD e assessor do Núcleo de Atuação Política do IBCCRIM.

> que notadamente são perniciosos à saúde e, inclusive, de se suicidar: é evidente, portanto, que deve ter o direito de "autogestão farmacológica", ou seja, de poder gerir a si mesmo, de fazer as próprias escolhas, a partir de uma relação responsável com todas as substâncias que já existem e com as que ainda serão inventadas na face da Terra (Rio Grande do Sul, 2011).

O professor não está sozinho. Para Ana Elisa Bechara, professora de direito penal da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP),

> a pretensão de tutela penal da saúde ou integridade do agente contra sua própria vontade e interesse configuraria paternalismo penal intolerável no âmbito de um Estado democrático (...) (Bechara, 2010, p. 342).

Em resumo, conferir à intervenção penal a função de ortopedia moral ultrapassa os limites de atuação do controle social próprio de uma democracia liberal.

3 A PROIBIÇÃO FAZ MAL PARA A SAÚDE DAS PESSOAS

O bem jurídico tutelado pela Lei de Drogas é a saúde pública, ou seja, o objetivo principal da Lei nº 11.343/2006 é zelar pela saúde de todos. Diversos estudos apontam que, do ponto de vista epidemiológico, os usuários que apresentam problemas ocasionados pelo uso de drogas são a exceção, e não a regra (UNODC, 2014, p. 1; Fischer *et al.*, 2010).

Em uma revisão sistemática de dados sobre prevalência de drogas no mundo, Degenhardt e Hall (2012) apontam que, enquanto de 3,3% a 6,1% da população afirmou usar drogas ilícitas no período de um ano anterior, apenas 0,3% a 0,9% teve algum tipo de dependência. Entre usuários de álcool, 44% afirmaram usar a substância no ano anterior e 1,2% apresentou dependência. Analisando dados do National Comorbidity Survey, dos Estados Unidos, Wagner e Anthony (2002) mostram que o risco estimado do desenvolvimento de dependência entre usuários de maconha chega a 10% ao longo da vida. Esse número sobe para cerca de 19,8% entre usuários de álcool e 21,3% entre usuários de cocaína.

No Brasil, levantamento domiciliar do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid, 2005) identificou que 22,8% da população pesquisada já fez uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. Entre os entrevistados, 12,3% tiveram dependência de álcool, 10% dependência de tabaco e 1,2% dependência de maconha.

Ademais, há fortes indícios de que a repressão mais atrapalha do que ajuda essas pessoas. A criminalização da posse de drogas para uso pessoal dificulta o acesso de quem faz uso problemático de substâncias ilícitas a cuidados e tratamentos de saúde adequados. O medo de estigmatização é citado por pessoas que usam drogas como motivo significativo para retardar o tratamento para problemas relacionados ao consumo de drogas na China (Wang *et al.*, 2008; Médecins du Monde, 2008; Sabin *et al.*, 2008), na Tailândia (HRW, 2007) e na Rússia (Bobrova *et al.*, 2006).

Conhecida pelo alto controle do uso de substâncias ilícitas, com políticas de criminalização de usuários, a Suécia apresenta uma das taxas de morte mais altas da Europa relacionadas ao uso de drogas – e que segue crescente. Enquanto isso, países que descriminalizaram o porte para uso, como Portugal e Espanha, apresentam taxas muito mais baixas e que se mantêm estáveis ou decrescentes. A diferença é tão dramática que, na Suécia, o número de mortes relacionadas ao uso de drogas por milhão de habitantes foi 8,5 vezes maior que o de Portugal em 2016 (EMCDDA, 2017).

Artigo publicado por Csete *et al.* (2016) na revista *Lancet*, uma das mais conceituadas publicações científicas sobre saúde e medicina, constatou:

> políticas destinadas a proibir ou suprimir fortemente as drogas apresentam um aparente paradoxo. Os formuladores de políticas dizem que elas são necessárias para preservar a saúde e segurança públicas. Ainda assim, elas fazem aumentar, direta ou indiretamente, a violência letal, doenças, discriminação, migração forçada, a injustiça e o enfraquecimento do direito das pessoas à saúde (Csete *et al.*, 2016).

As evidências dos autores apoiam-se em dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e independentes, sobre prevalência de uso de drogas, incidência de doenças infecciosas, encarceramento e de violência, em casos como do México, em que uma estimativa sugere que mortes relacionadas à guerra às drogas fizeram subir o índice nacional de homicídios em onze por 100 mil habitantes, resultando em uma taxa de oitenta por 100 mil habitantes em algumas regiões (Espinosa e Rubin, 2015).

O *British Medical Journal*, da Associação Britânica de Medicina, defendeu a mudança da política de drogas em seu editorial, em 2016:

> a ideologia de um "mundo sem drogas" encoraja uma prática de saúde orientada pela mesma ideologia. [As políticas de controle de drogas] impedem a realização de pesquisas sobre o uso medicinal da cannabis e de outras drogas proibidas, mesmo com evidências já provadas cientificamente de potencial benefício (Hurley, 2016).

Em 2018, a publicação foi além: em novo editorial, afirmou que as drogas "devem ser legalizadas, reguladas e taxadas" (Godlee, 2018).

A proibição também interfere no controle e na fiscalização das substâncias ilícitas amplamente comercializadas: não se sabe a composição, os efeitos e a dosagem que está sendo consumida. Um exemplo disso é a proliferação de novas drogas sintéticas: à medida que a Organização das Nações Unidas (ONU), em âmbito internacional, e os países, em âmbito local, inserem na lista de substâncias ilegais as novas drogas apreendidas, são vendidas versões modificadas, com elementos ainda não proibidos pelos órgãos responsáveis. Na prática, isso acarreta ainda mais riscos à saúde pública, já que o desconhecimento sobre determinada substância dificulta o diagnóstico e, portanto, o tratamento.

O sistema prisional, meio pelo qual o Estado intervém prioritariamente para tratar o problema do consumo de drogas pela sociedade – e conhecido pelo "estado de coisas inconstitucional" (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental – ADPF – nº 347) (Brasil, 2015) – também tem grande impacto sobre a saúde das pessoas. Para ilustrar o cenário, dados do Ministério da Saúde (MS) de 2014 mostraram que pessoas presas tinham, em média, trinta vezes mais chance de contrair tuberculose do que a população em geral (Incidência..., 2018). E é em nome do combate às drogas que se abrevia a vida de milhares de brasileiros, sobretudo jovens e do sexo masculino, vítimas de uma política de drogas que tenta, sem sucesso, dissolver os mercados ilegais de droga – a qualquer custo.

Uma das maiores preocupações relacionadas à descriminalização do consumo de drogas talvez seja o possível aumento do consumo. Contudo, estudo realizado pelo Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e Dependência (EMCDDA, 2011), que compara a prevalência do uso de maconha em diferentes países, a partir de medidas de endurecimento ou flexibilização penal, conclui que "não é possível observar para os países em questão uma associação simples entre as alterações da lei e a prevalência do consumo de *cannabis*" (*ibidem*, p. 51).

Segundo este estudo, países que adotaram leis mais duras para uso de maconha, entre 2001 e 2006 (Itália e Dinamarca), não observaram diminuição significativa do consumo de maconha, assim como aqueles que flexibilizaram suas leis (Reino Unido, Portugal e Grécia) não observaram o aumento do consumo desta substância. Cabe notar ainda que a maioria dos indivíduos que experimenta drogas não chega a desenvolver dependência, ou mesmo a fazer um uso problemático (Satel e Lilienfeld, 2014).

4 DROGAS PROIBIDAS PODERIAM SER USADAS PARA FINS TERAPÊUTICOS

A maconha é utilizada para fins terapêuticos há milhares de anos, com registros históricos dessa prática datados de mais de 2 mil a.C., na Ásia Central. Seu uso para fins terapêuticos popularizou-se no Ocidente entre o século XIX e a segunda metade do século seguinte, quando novos fármacos foram criados e as primeiras leis, dentro e fora do Brasil, proibiram seu uso.

No final do século XX, no entanto, as pesquisas sobre o uso terapêutico da maconha ganharam novo fôlego, com a descoberta do sistema endocanabinoide, em 1992, responsável por influenciar processos metabólicos e fisiológicos do corpo humano (Mechoulam e Parker, 2013, p. 21-47). Os canabinoides mais conhecidos da maconha, o THC e o CBD, reagem diretamente com esse sistema, que pode ser reequilibrado caso haja alguma deficiência ou disfunção, como no caso da epilepsia (Devinsky *et al.*, 2014, p. 791-802).

Para além da epilepsia, algumas doenças e sintomas podem ser tratados pela maconha: dores crônicas, neuropatias, espasmos musculares, náusea e vômitos (durante quimioterapia e tratamento para síndrome de imunodeficiência adquirida – Aids), doença de Parkinson, Alzheimer, doenças gastrointestinais (como Crohn ou colites), dependências, insônia, câncer (sintomas e causas) e autismo.

5 A PROIBIÇÃO GERA VIOLÊNCIA, ESTÁ SUPERLOTANDO AS PRISÕES E CUSTA MUITO CARO

O aumento da repressão às drogas alimenta um ciclo vicioso, servindo de incentivo para que traficantes armem-se mais e ajam com mais violência para manter o controle do mercado ilícito. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015, o Brasil teve 279.567 vítimas de mortes violentas intencionais (Ipea e FBSP, 2017), parte delas explicada pelas dinâmicas do controle do varejo de drogas. A título de exemplo, a guerra na Síria registrou 256.124 mortos entre março de 2011 e dezembro de 2015 (FBSP, 2016, p. 6-7).

A política de combate às drogas também intensifica o quadro de violência cometida por agentes públicos de segurança no país: entre 2009 e 2016, quase 22 mil pessoas foram mortas pela polícia; 76% delas eram negras, 99,3% eram homens e 81,8% tinham entre 12 e 29 anos (FBSP, 2017, p. 7). Um estudo conduzido pela socióloga Jacqueline Sinhoretto (Sinhoretto, Silvestre e Schlittler, 2014), da Universidade Federal de São Carlos (UFScar), constatou que, no estado de São Paulo, as ações policiais vitimam três vezes mais negros do que brancos quando se considera a proporcionalidade entre brancos e negros na população paulista.

A Lei de Drogas também é uma das principais responsáveis pelo aumento vertiginoso no número de pessoas presas no Brasil, que alçou sua população carcerária à terceira maior do mundo em 2017. A pesquisa de Sinhoretto também mostra que o modo de vigilância das polícias, sobretudo a militar, opera de maneira racializada: "enquanto que para cada 100 mil habitantes brancos 14 são presos, para cada 100 mil habitantes negros 35 são presos", aponta o estudo (Sinhoretto, Silvestre e Schlittler, 2014, p. 24). Por outro lado, só em 2016, 453 policiais civis e militares foram assassinados

no país, um crescimento de 23% em relação ao ano anterior. Os números ajudam a explicar as razões pelas quais o Brasil registrou 61.283 mil mortes violentas intencionais em 2016 (FBSP, 2017, p. 12).

A Lei de Drogas brasileira não elenca critérios claros para diferenciar uso de tráfico. O dispositivo que criminaliza o consumo de drogas na legislação brasileira é o Artigo 28 da Lei nº 11.343, de 2006, a chamada Lei de Drogas. De acordo com o texto, é crime adquirir, guardar, ter em depósito, transportar ou trazer consigo substâncias ilícitas para consumo próprio. Desde a aprovação da lei, a pena prevista para esse crime não é mais a de prisão, mas a pessoa ainda assim deve submeter-se a um registro policial e a um procedimento no Juizado Especial Criminal.

O § 2º do Artigo 28 da Lei de Drogas limita-se a dizer que "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). Na prática, essa definição é feita na própria abordagem policial e, nos tribunais, muitas vezes os agentes que efetuaram a prisão são as únicas testemunhas ouvidas durante todo o processo.[3] Os juízes consideram a palavra do policial uma espécie de "rainha das provas".

Ao contrário do que deveria acontecer, no Brasil, a pessoa flagrada com drogas, caso se enquadre no perfil seletivo da justiça penal – ser pobre e não branca – passa a ter o ônus de provar que não é traficante. A comparação entre o número de verbos que descrevem os crimes de posse para uso pessoal (Artigo 28 da Lei de Drogas) e tráfico (Artigo 33 da mesma lei) revela parte do problema: são dezoito verbos indicadores da conduta de tráfico, incluindo todos os cinco verbos do Artigo 28 (adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo).

Por um lado, estabelecer uma quantidade como critério objetivo pode ajudar a reduzir a discricionariedade de policiais, promotores e juízes, que hoje não têm uma referência clara (ou qualquer outro critério) para fazer a distinção entre usuário e traficante. Porém, a adoção de critérios objetivos, como a quantidade de drogas apreendida, não é consenso. Há quem argumente, como a Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD, 2016) que a medida não traria impactos significativos ao crescente encarceramento, ou, ainda, que poderia incriminar ainda mais pessoas com base apenas no critério de quantidade – já que não há estudos abrangentes sobre padrões de uso e de relação de mercado de drogas no Brasil.[4] Para que a medida tenha algum impacto positivo, alguns especialistas (*ibidem*) defendem que a presunção absoluta de uso pessoal valha do limite para baixo e que pessoas flagradas com quantidades acima do limite estabelecido não sejam enquadradas automaticamente como traficantes, exigindo-se prova segura de traficância.

Depois da aprovação da Lei de Drogas, em 2006, o número de presos no país cresceu 81%, chegando a mais de 726 mil pessoas em 2016 – incluindo os 40% de presos provisórios.

3. Dados da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na capital e na região metropolitana do Rio mostram que maior parte dos processos refere-se a réus homens (91%), sem antecedentes criminais (77%) e sem condenações em juízo (73%). Essas pessoas foram abordadas sozinhas (50%), em flagrantes decorrentes da operação regular da polícia (57%), em lugar dito conhecido pela venda de drogas (42%), portando consigo apenas uma espécie de droga (48%), majoritariamente até 10 gramas de cocaína (47%) ou até 100 gramas de maconha (50%). Esses réus têm a maior probabilidade de serem processados pelo Artigo 33 ou pelos Artigos 33 e 35 em concurso (83%), de terem o agente de segurança que realizou a prisão como a única testemunha no processo (62%), e de serem condenados integral ou parcialmente (80%) ao cumprimento de uma pena de 71,09 meses ou de 27,4 meses (tráfico privilegiado) em regime fechado (59%). O levantamento analisou 3.745 casos individuais relacionados a 2.591 processos, entre 2014 e 2015 (Haber, 2018)

4. Um levantamento feito pelo Instituto Sou da Paz mostrou que metade das prisões por tráfico de maconha no estado de São Paulo entre 2015 e 2017 foi por até 40 gramas da substância, equivalente a dois bombons. A pesquisa analisou cerca de 200 mil ocorrências. No caso da cocaína, a mediana do peso apreendido foi de 21,6 gramas (três sachês de *ketchup*), e nas prisões por *crack*, o porte era de 9,4 gramas (dois sachês de açúcar). São Paulo concentra um quarto das ocorrências de drogas no país e é o estado com a maior população carcerária do Brasil (Usuário..., 2018).

Setenta e quatro por cento deles são negros e 45% não concluíram o ensino fundamental, de acordo com o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) (Brasil, 2017). Vinte e seis por cento desse total de pessoas presas respondem por crimes relacionados a drogas e, entre as mulheres privadas de liberdade, o número chega a 62%. Com raríssimas exceções, as mulheres normalmente ocupam um papel coadjuvante no crime de tráfico, sendo responsáveis principalmente pelo transporte de drogas e pelo pequeno comércio de substâncias ilegais (Boiteux, 2015), muitas vezes para sustentar a família.

Em 2016, no julgamento do HC 118.533, a Suprema Corte brasileira reafirmou o afastamento da hediondez do tráfico privilegiado de drogas (quando esse crime é cometido por pessoas sem antecedentes criminais e que não integram organizações criminosas, hipótese na qual as penas podem ser reduzidas de um sexto a dois terços, segundo a Lei de Drogas). Uma vez afastada a hediondez, os acusados e condenados por tráfico privilegiado poderão obter com mais facilidade liberdade provisória, fiança, sursis, graça, anistia e indulto – possibilidades que são vedadas para os crimes rotulados como hediondos ou a estes equiparados, como o tráfico de drogas. Essa medida pode beneficiar sobretudo as mulheres presas, que normalmente se encaixam nesse perfil.

Um levantamento feito pelo jornal *Folha de S. Paulo* (Lemos, Castro e Portinari, 2018) constatou que a pena por tráfico de drogas no Rio de Janeiro é quase duas vezes maior do que a aplicada pela justiça de São Paulo. A causa está na dupla condenação por tráfico (Artigo 33 da Lei de Drogas) e associação ao tráfico (Artigo 35), normalmente relacionada ao local em que foi feita a apreensão. A Defensoria Pública do Estado do Rio analisou 3.745 processos de tráfico de 2014 e 2015 e revelou que, em 75% dos casos que somam os dois crimes, a justificativa foi o fato de o local da apreensão ser dominado por facção criminosa (Haber, 2018).

Com as celas abarrotadas – déficit de mais de 358 mil vagas, segundo Infopen (Brasil, 2017) – e a ausência de políticas que garantam os direitos mais básicos das pessoas presas, facções criminosas passaram a disputar com o Estado o controle das prisões. Tendo o comércio de drogas como uma de suas principais atividades econômicas, organizações criminosas só se fortalecem com a proibição das drogas, já que têm o monopólio do comércio, suas receitas não são tributadas e a superlotação dos presídios facilita a arregimentação de pessoas para o chamado crime organizado (Feltran, 2010; Dias, 2013).

Relatórios internacionais indicam que, só em 2017, o mercado internacional de drogas gerou entre US$ 426 bilhões e US$ 652 bilhões (May, 2017). Para efeitos comparativos, o produto interno bruto (PIB) brasileiro no primeiro trimestre daquele ano foi de US$ 493,8 bilhões.

As cifras bilionárias geradas pelo tráfico internacional de drogas não são taxadas, e os custos para manter a política repressiva contra as drogas superam bilhões por ano. Só a ocupação da Favela da Maré pelas Forças Armadas no Rio de Janeiro em 2014 e 2015, por exemplo, custou cerca de R$ 600 milhões em pouco mais de um ano (Bacelar, 2015). O Exército gastou, no primeiro mês de intervenção federal, decretada em fevereiro de 2018 no estado fluminense, quase R$ 10 milhões (Adorno, 2018). A manutenção desse modelo custa muito aos cofres públicos, e os resultados esperados para tamanho investimento – a redução da demanda e o desmantelamento das redes de tráfico de drogas – não foram nem serão conquistados dessa forma.

A violência tem grande impacto nas contas públicas e na economia do país. Desde o policiamento, passando pela manutenção de prisões e pelos gastos com segurança privada, até a perda de produtividade

decorrente da morte de jovens, tudo leva à conclusão de que o atual modelo de segurança – do qual a proibição das drogas é um eixo central – não tem sido eficaz. Um estudo da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE/PR) (Brasil, 2018) mostrou que esses custos cresceram de forma substancial entre 1996 e 2015, saindo de cerca de R$ 113 bilhões para R$ 285 bilhões. Isso equivale a um incremento real médio de cerca de 4,5% ao ano (a.a.) na área.

Esse mesmo estudo estimou que, para cada homicídio de jovens entre 13 e 25 anos, o valor da perda da capacidade produtiva do país é de cerca de R$ 550 mil. Considerando o número de homicídios que ocorreram no Brasil entre 1996 e 2015, a perda cumulativa de capacidade produtiva decorrente de homicídios supera R$ 450 bilhões.

6 O QUE É PRECISO FAZER?

A política de drogas proibicionista não tem produzido os resultados esperados em termos de cuidado à saúde da população. Ao contrário disso, tem aumentado danos, excluído pessoas e estimulado a violência e o encarceramento em massa. Para mudar esse cenário, precisamos adotar uma série de medidas que afastem a política de drogas do direito penal e aproximem do direito à saúde e da garantia de direitos humanos.

Precisamos instituir uma política de educação honesta sobre drogas. Não apenas falar *Drogas, nem morto*,[5] mas alertar sobre os reais problemas associados ao uso das drogas. Sem exagerar para aterrorizar, como temos feito. Quando jovens constatam que seus amigos usam drogas e não morrem, percebem que há alguma coisa errada na informação que o poder público transmite a respeito desse tema. A partir daí, fica difícil acreditar em qualquer informação que o governo queira passar sobre drogas, mesmo aquelas que são realmente úteis.

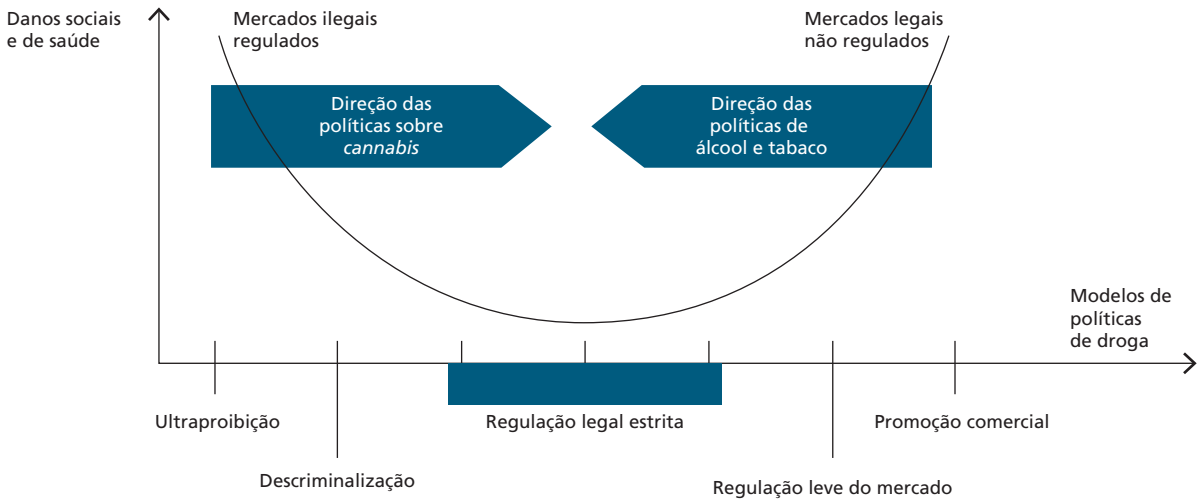
Além de prevenir o consumo problemático de drogas, alertando sobre os possíveis riscos à saúde, é preciso cuidar dos usuários que têm problemas com uso de drogas e reduzir seus danos. É preciso cuidar também de quem decide, mesmo assim, consumir. Isso não é apenas tratar o vício em drogas. Existem pessoas que usam drogas e não adquirem dependência. Existem as que têm dependência e não têm grandes problemas físicos e sociais. Também aquelas que têm dependência, têm problemas e querem parar. E as pessoas que usam drogas, têm problemas e não querem parar. Temos que ter o tratamento adequado para essas diversas situações, respeitando a autonomia de cada um e cuidando do fundamental: sua saúde e seu bem-estar. Obrigá-las a realizar um tratamento que não querem, como a abstinência forçada, dificilmente funciona e vai contra princípios básicos de direitos humanos. Melhor trabalhar para minimizar os problemas que as pessoas que querem usar drogas possam ter.

Por fim, precisamos legalizar a maconha e outras drogas e instituir impostos sobre sua comercialização, controlando a produção e revertendo a arrecadação para prevenção e tratamento de usuários com problemas decorrentes do consumo.

A melhor forma de evitar o consumo descontrolado de quaisquer substâncias é regular sua produção, seu uso e seus mercados. Só assim teremos alguma previsibilidade sobre o que se consome, seus efeitos e problemas. Existe um grande espectro de possibilidades de regulamentação das drogas que vão desde a proibição total até a liberação total com promoção comercial. Como mostra a figura 1, ambos os extremos do espectro causam danos maiores à saúde das pessoas.

5. Campanha *Drogas, nem morto* dos anos 1990 disponível em: <https://goo.gl/xFyfFV>. Acesso em: 16 nov. 2018.

FIGURA 1
Como regular as drogas?



Fonte: Rolles e Murkin (2016, p. 29).

Devemos encontrar o ponto certo ao centro desse espectro. Tributando a comercialização de substâncias hoje postas na ilegalidade, poderemos tanto controlar melhor o consumo quanto financiar políticas de prevenção e tratamento. Com uma política semelhante para o tabaco, o cigarro comum, conseguimos reduzir em 30% o consumo nos últimos dez anos, sem que tenha sido necessário proibir o comércio de tabaco ou mesmo criminalizar o seu uso. Por outro lado, o consumo de drogas ilícitas só aumenta com o passar dos anos (Mena, 2018), sem contar o impacto dessa política na segurança pública, subtraindo parte significativa do financiamento de organizações criminosas que o governo depois tem que combater, como ensina a experiência americana da Lei Seca.

REFERÊNCIAS

ADORNO, L. Exército gastou R$ 9,8 mi em operações no 1º mês de intervenção. **UOL**, São Paulo, 5 jun. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/TnZKc2>. Acesso em: 3 out. 2018.

BACELAR, C. Na Maré, ocupação militar custou o dobro dos gastos sociais nos últimos seis anos. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 3 jul. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/maFA1a>. Acesso em: 3 out. 2018.

BECHARA, A. E. L. S. **Da teoria do bem jurídico como critério de legitimidade do direito penal**. 2010. Doutorado (Tese em Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

BOBROVA, N. *et al*. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities. **Drug Alcohol Dependence**, v. 82, n. 1, p. 57-63, 2006.

BOITEUX, L. **Mujeres y encarcelamiento por delitos de drogas**. [s.l.]: Colectivo de Estudios Drogas y Derecho, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/W2R4XG>. Acesso em: 2 out. 2018.

BRASIL. 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, 2006.

_____. Supremo Tribunal Federal. ADPF nº 347. Brasília: STF, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/n423aL>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen)**. Brasília: Depen, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/RUS2Uf>. Acesso em: 14 set. 2018.

_____. Presidência da República. Secretaria de Assuntos Estratégicos. **Custos econômicos da criminalidade no Brasil**. Brasília: SAE/PR, 2018. (Relatório de Conjuntura, n. 4). Disponível em: <https://goo.gl/nk7bSn>. Acesso em: 3 out. 2018.

CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Cebrid; Unifesp, 2005.

CSETE, J. *et al.* Public health and international drug policy: report of the Johns Hopkins. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10026, p. 1427-1480, 2016.

DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9810, p. 55-70, 2012.

DEVINSKY, O. *et al*. Cannabidiol: pharmacology and potential therapeutic role in epilepsy and other neuropsychiatric disorders. **Epilepsia**, v. 55 , n. 6, p. 791-802, 2014.

DIAS, C. C. N. **PCC**: hegemonia nas prisões e monopólio da violência. São Paulo: Saraiva, 2013.

EMCDDA – EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Annual report on the State of the drugs problem in Europe**. Lisboa: EMCDDA, 2011.

_____. **European Drug Report 2017**: trends and developments. Lisboa: EMCDDA, 2017.

ESPINOSA, V.; RUBIN, D. B. Did the military interventions in the Mexican drug war increase violence? **The American Statistician**, v. 69, p. 17-27, 2015.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2016.

_____. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2017.

FELTRAN, G. S. Margens da política, fronteiras da violência: uma ação coletiva das periferias de São Paulo. **Lua Nova**, n. 79, p. 201-233, 2010.

FISCHER, B. *et al*. Typologies of cannabis users and associated characteristics relevant for public health: a latent class analysis of data from a nationally representative Canadian adult survey. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 19, n. 2, p. 110-124, 2010.

GODLEE, F. Drugs should be legalised, regulated, and taxed. **British Medical Journal**, v. 361, 2018.

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

HRW – HUMAN RIGHTS WATCH. **Deadly denial**: barriers to HIV/Aids treatment for people who use drugs in thailand. New York: HRW, 2007.

HURLEY, R. The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. **British Medical Journal**, v. 355, 2016.

USUÁRIO é foco de 40% das ações policiais que deveriam combater o tráfico de drogas. **Instituto Sou da Paz**, 30 jul. 2018. Disponível em: < https://goo.gl/7d3Ybb>. Acesso em: 15 nov. 2018.

INCIDÊNCIA de tuberculose em presos é 30 vezes maior do que na população geral. **Agência de Notícias da Aids**, 30 mar. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/6GJFsK>. Acesso em: 22 out. 2018.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da Violência**. Rio de Janeiro: Ipea; FBSP, 2017.

LEMOS, A.; CASTRO, D. E.; PORTINARI, N. P. Morar em favela do Rio é agravante em condenação por tráfico de drogas. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 abr. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/BgtxkQ>. Acesso em: 23 ago. 2018.

MAY, C. **Transnational crime and the developing world**. Washington: Global Financial Integrity, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/8QYweY> . Acesso em: 3 out. 2018.

MECHOULAM, R.; PARKER, L. The endocannabinoid system and the brain. **Annual Review of Psychology**, v. 64, n. 1, p. 21-47, 2013.

Médecins du Monde. **Living but not well**: health and social status report of injection drug users in Chengdu, China. Chengdu: Médecins du Monde France, 2008.

MENA, F. Produção e consumo global de drogas batem recorde, afirma ONU. **UOL**, São Paulo, 15 jul. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/HgpNrH>. Acesso em: 5 out. 2018.

PBPD – PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICAS DE DROGAS. **Posicionamento da PBPD sobre a adoção de critérios objetivos para diferenciar uso e tráfico de drogas**. São Paulo: PBPD, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/eUoM7n>. Acesso em: 23 ago. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Terceira Vara Criminal de Canoas. Ação penal nº 008/21100080417, de 15 de setembro de 2011. Canoas: Terceira Vara Criminal de Canoas, 2011.

ROLLES, S.; MURKIN, G. **How to regulate cannabis**: a practical guide. 2nd ed. Bristol; Mexico: Transform Drug Policy Foundation, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/szGfHo>. Acesso em: 5 out. 2018.

SABIN, L. *et al*. Barriers to adherence to antiretroviral medications among patients living with HIV in southern China: a qualitative study. **Aids Care**, v. 20, p. 1242-1250, 2008.

SATEL, S.; LILIENFELD, S. Addiction and the brain-disease fallacy. **Frontiers in Psychiatry**, v. 4, p. 1-11, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/eKmaKi>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SINHORETTO, J.; SILVESTRE, G.; SCHLITTLER, M. C. **Desigualdade racial e segurança pública em São Paulo**: letalidade policial e prisões em flagrante. São Carlos: UFSCar, 2014.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. Recent statistics and trend analysis of the illicit drug market. *In:* _____. (Ed.). **World Drug Report 2014**. Vienna: UNODC, 2014.

WAGNER, F.; ANTHONY, J. C. From first drug use to drug dependence developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. **Neuropsychopharmacology**, v. 26, n. 4, p. 479-488, 2002.

WANG, H. *et al*. Self-reported adherence to antiretroviral treatment among HIV-infected people in Central China. **Aids Patient Care STDS**, v. 22, p. 71-80, 2008.

Las Políticas de Drogas y el Estado: una aproximación para una política de mitigación de riesgos

Oliver Meza[1]
Edgar Guerra[2]
Gabriel Corona[3]

1 INTRODUCCIÓN

Sobre la base normativa e institucional del régimen internacional de control de drogas, las políticas públicas en la materia se han diseñado, principalmente, sobre dos dimensiones: las drogas entendidas como un problema de seguridad pública (o incluso de seguridad nacional) o las drogas como un problema de salud pública. En ambos casos, los resultados han sido insuficientes y la implementación de estas políticas en contextos diversos, como el mexicano, ha traído consigo consecuencias no previstas, y efectos perniciosos. Este fracaso ha motivado, más allá de evaluar el diseño de la política, a replantear la definición del problema de las drogas actualmente ilegales.

Una premisa fundamental en el estudio de las políticas es que la definición de un problema, incide directamente en el proceso de política pública. Con claridad, observamos que la manera en que hemos definido el problema de las drogas en América contiene una gran carga de valores e intereses, y relativamente poca evidencia científica. Como resultado, la política parece haber fracasado y lo que es peor, ha expuesto a los ciudadanos en general a riesgos innecesarios.

El objetivo de esta investigación es articular una definición distinta del fenómeno, de tal suerte que permita pensar en vías alternas, en materia de política de drogas, que a su vez exponga a los ciudadanos al menor riesgo posible. Como sabemos, si bien los problemas públicos son construcciones sociales y políticas (Cobb y Elder 1983; Baumgartner y Jones 1993; Kingdom, 1994; Peters, 2005), algunos son más difíciles de definir que otros. En esta investigación, se parte de la premisa que los fenómenos relacionados con las drogas son complejos y multidimensionales. Pero además, como fenómenos sociales, les subyace una carga normativa, que al definirse como problemas públicos, no contengan una solución clara y no conduzcan hacia un paquete de políticas informadas por la evidencia (Rittel y Webber, 1973; Head y Alford, 2014; Peters, 2005).

En respuesta a este desafío, en este trabajo buscamos construir una definición alternativa al tema de las drogas como problema público. La búsqueda de esa alternativa se condujo a través de un ejercicio de grupos de enfoque con expertos en políticas y políticas de drogas. Si bien este primer ejercicio implica un obvio sesgo de país (hacia México), el marco utilizado es flexible como para aplicarse en otras latitudes, especialmente dentro del continente americano. La meta fue arribar a una definición del tema de las drogas, como problema público, que minimice los riesgos a los ciudadanos usuarios y no usuarios de sustancias ilícitas. Cabe decir que esta aproximación de mitigación de riesgos no es del todo nueva: hay ejemplos en los sectores de política económica y social en los que el Estado asume el

1. Profesor-investigador de la División de Administración Pública del Centro de Investigación y Docencia Económicas (Cide).
2. Profesor-investigador Catedra Conacyt del Programa de Política de Drogas del Cide.
3. Asistente de investigación del Programa de Política de Drogas del Cide.

riesgo de interacciones privadas, específicamente cuando los actores privados no pueden controlarse por completo (Moss, 2002).

El documento está estructurado de la siguiente manera. La sección siguiente (2) discute la idea de la política de mitigación de riesgo, y cómo puede ayudar a estructurar el problema de las drogas de una manera que guíe la formulación de políticas alternativas. Posteriormente, se describe la metodología de la investigación (sección 3) que se utilizó para generar y ajustar la propuesta. Las secciones 4, 5, 6 y 7 discuten los resultados en el marco de política que puede guiar la formulación de políticas adicionales. Finalmente, la sección 8 concluye con una breve reflexión sobre los retos del Estado moderno frente al tema de política de drogas.

2 POLÍTICA DE MITIGACIÓN DE RIESGO: UN ACERCAMIENTO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

La definición de un problema, como problema público, ha sido un tema de investigación recurrentemente debatido dentro del estudio de las políticas (Dery, 2000; Peters, 2005; Stone, 2007; Head y Alford, 2014). Esto es así porque un problema público es el resultado de una serie de dinámicas sociales y políticas complejas, que muchas veces no son evidentes. Mientras que por un lado existen problemas públicos obvios desde el punto de vista de la opinión pública y fáciles de entender para la ciudadanía que suscitan muy poca controversia; piense por ejemplo en la política social para reducir la pobreza. Otros temas, como el de las drogas, adquieren un cariz sumamente polémico y controversial. A este tipo de problemas, los autores especializados les han llamado problemas perversos – *wicked problems* (Rittel y Webber, 1973; Head y Alford, 2014; Peters, 2005).

La denominación de problemas perversos se debe a que este tipo de fenómenos son sumamente complejos. Por un lado, son fenómenos que resultan de múltiples causas, a veces difíciles de discernir. Pero que además, son sumamente inestables a través del tempo; evolucionan y cambian rápidamente tanto en su forma como en sus consecuencias. Dada esta complejidad, no existen soluciones claras y, por tanto, no existe un paquete de políticas unívoco para abordarlos. Peor aún, suele suceder que los actores involucrados en la resolución del problema también pudieran estar causándolo. En estos casos, el problema se considera un problema altamente perverso (Peters, 2005).

En los últimos sesenta años, las políticas de drogas se han construido a lo largo de dos líneas básicas, ambas compatibles, aunque no exclusivas, con el paradigma de prohibición de drogas. Un primer tipo de política está presente principalmente en los países productores de drogas: es la política de seguridad. Desde este punto de vista, el problema de las drogas ilegales se considera una cuestión de seguridad pública e incluso de seguridad nacional, y suscitan estrategias para disminuir la oferta. Ello incluye el fortalecimiento de las fuerzas armadas, en general usadas para eliminar el mercado. Este tipo de política es claramente observable en países en vías de desarrollo que históricamente han sido considerados productoras de droga o países de trasiego.[4] Dichas políticas han sido implementadas dentro del sistema de cooperación internacional bajo agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) o promovidas bilateralmente con la ayuda de los Estados Unidos en la región americana.

Un segundo tipo de política es a menudo llamada política para la prevención y tratamiento de adicciones,[5] y está claramente asociado a atender el lado de la demanda en el mercado de drogas.

4. Países desarrollados han moderado sus políticas de seguridad. Por ejemplo, se estima que la producción de marihuana en Canadá, desde el año 2005, triplicó el valor de su producción en trigo (Marihuana…, 2005), y sin embargo hasta antes de la legalización de la marihuana, sus políticas tenían marcados elementos en prevención y tratamiento de adicciones.

5. Estas políticas también han sido llamadas "reducción de daños".

Esta política se puede encontrar dentro del paradigma prohibicionista en la medida que aborde todo consumo como un problema de adicción que deben eliminarse o "curarse". Muchos de los países con estas políticas, han tendido a abordar el problema de consumo desde esta perspectiva.

Pero en términos de política pública, se argumenta que la respuesta institucional actual observada en ambos modelos plantea riesgos innecesarios para la ciudadanía. El consumo de drogas y la forma en que el Estado los aborda, implica costos adicionales que además no cumple siquiera con los objetivos más básicos, como disminuir el uso de drogas y el consumo problemático. Por tanto, es necesario ofrecer una visión alternativa como lo es una política de mitigación de riesgos. ¿Qué significa esto? Desde esta perspectiva, el Estado y sus organizaciones están llamadas a abordar el fenómeno de las drogas de manera que considere los efectos para todos los actores dentro y fuera del mercado, y que atienda las consecuencias relacionadas que indirectamente, afectan a toda la sociedad, incluyendo a quienes participan en el mercado.

3 DEFINICIÓN DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS COMO UN PROBLEMA PERVERSO

La definición de los problemas públicos suele ser un proceso disputado. Las posiciones políticas e ideológicas intervienen en las formas en que la sociedad acuña el problema, así como sus causas y sus consecuencias (Stone, 2007). Más aún, la definición de un problema suele ser un proceso que ocurre social e históricamente y en el que intervienen múltiples actores: políticos, funcionarios, activistas, medios de comunicación, iglesias, etcétera. De ahí que, muchas veces, el problema público se ve impregnado de prejuicios morales, políticos, etcétera. Más aún, una vez que en un tema social (en este caso las drogas) se ha definido como un problema público, las autoridades de gobierno diseñan políticas *ad hoc* para solucionarlo o mitigarlo. Políticas que, cabe decir, van cargadas de esos prejuicios, intereses y posiciones políticas.

Si bien el proceso de formación de un problema público ocurre en la esfera de la política, este mismo proceso es posible estudiarlo a través de grupos de enfoque y observar, hasta donde sea posible, cómo en la construcción de un problema público entran en juego elementos subjetivos; prejuicios, intereses, entre otros.

Para ello, nosotros realizamos un ejercicio de grupos de enfoque con funcionarios, académicos y organizaciones de la sociedad civil involucrados en el amplio tema de las sustancias ilícitas. El objetivo fue deconstruir y reconstruir el tema de las drogas como un problema público. Para ello, a los participantes en los grupos de enfoque se les pidió discutir sobre tres líneas torales que corresponden al diseño de políticas en el tema de políticas de drogas: *i)* la construcción de un marco analítico que permitiese explicar las causas y efectos de lo que se entiende como el problema de las drogas; *ii)* desarrollar una matriz de objetivos de políticas de drogas; y *iii)* seleccionar indicadores de monitoreo de políticas de drogas. De lo que se trató, en última instancia, fue de aportar una definición distinta del tema de las drogas como problema público.

Los 54 participantes en los grupos de enfoque se distribuyeron en doce grupos que abordaron cinco temas en que las drogas tienen incidencia: salud, violencia, estado, regulación del mercado y costos sociales. La recopilación y el análisis de datos se organizó bajo la metodología del árbol de problemas y soluciones. Finalmente, el análisis de la información nos permitió definir el tema de las drogas como un problema de reducción de riesgos.

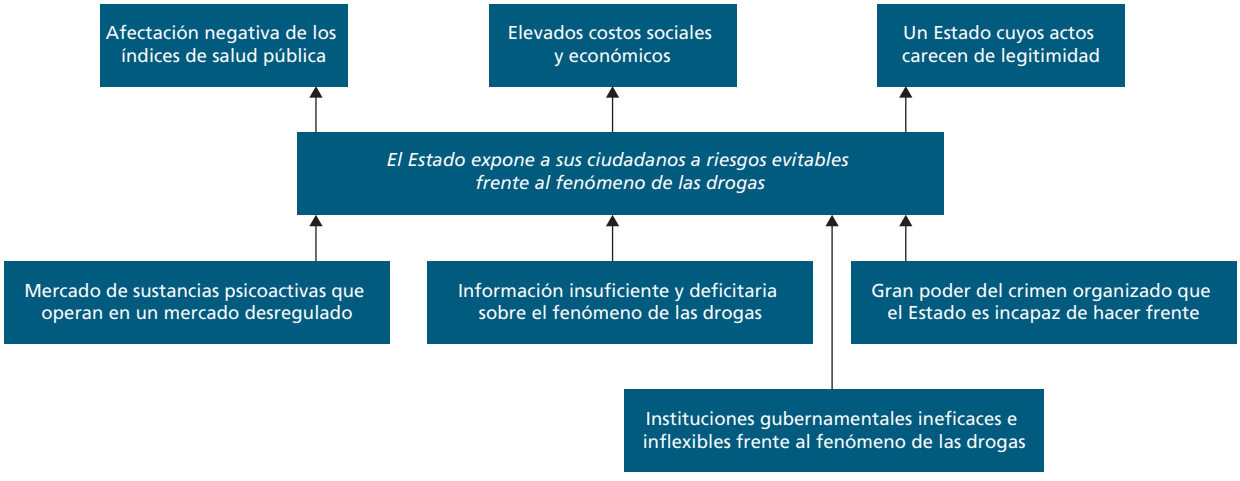
4 PROBANDO LA APROXIMACIÓN DE UNA POLÍTICA DE MITIGACIÓN DE RIESGOS

El ejercicio de grupos de expertos, el análisis de la información y la consulta de otras fuentes y bases de datos permitió redefinir el tema de las drogas diferente a como se ha abordado bajo la perspectiva de seguridad pública o de salud. En este caso, se trabajó el problema como un arreglo de instituciones del Estado que actualmente expone a la ciudadanía a riesgos evitables. Redefinimos el tema como un problema en que el Estado expone a sus ciudadanos a riesgos innecesarios frente al fenómeno de la oferta y la demanda de sustancias ilícitas o drogas.

¿Por qué es importante esta nueva definición? Por dos razones. La primera, es que trasciende la narrativa convencional en la cual las drogas aparecen como un mal en sí mismo, que dañan *per se* la salud de la población y en que los grupos involucrados en su cultivo y producción generan efectos sociales perniciosos. Segundo, porque la nueva forma de entender el tema coloca al Estado (y no a las organizaciones criminales) como el principal detonante de esos efectos perversos. Por consiguiente, al construir una nueva forma de entender el problema público, abrimos un espacio inédito para elaborar objetivos de política sumamente distintos a los construidos hasta ahora, así como también para proponer indicadores de evaluación que se adecuen a los nuevos objetivos.

En lo que sigue, expondremos cuáles son los principales efectos que el actual régimen de prohibición detona en la vida pública (5.1, 5.2 y 5.3) y, en seguida, expondremos las causas del problema tal y como lo definimos arriba (6.1, 6.2, 6.3 y 6.4). Terminamos el artículo con una propuesta de agenda de política para la mitigación de riesgos.

FIGURA 1
Árbol de problemas



Elaboración de los autores.

5 LOS EFECTOS DE UN ACUERDO INSTITUCIONAL QUE VULNERA A LOS CIUDADANOS

El acuerdo institucional actual en el campo de las drogas ilegales expone a los ciudadanos a riesgos evitables. Como resultado de la situación, los efectos se observan en al menos tres dimensiones.

5.1 Efecto negativo sobre los indicadores de salud pública

El arreglo institucional que el Estado da en respuesta al fenómeno de las drogas está sustentado desde una perspectiva prohibicionista. Un efecto asociado con esto es que el Estado, sistemáticamente, deja de atender riesgos que son completamente evitables. Algunos de estos efectos son intrínsecos al uso de sustancias ilegales, como ocurre con cualquier otra sustancia que altere los parámetros normales de percepción de la realidad. Sin embargo, a diferencia de las sustancias legales, los efectos de las sustancias ilegales no están controlados por el Estado. No hay expectativas de que el Estado maneje estos efectos; más bien, hay un fuerte incentivo para que las instituciones gubernamentales y de seguridad emprendan acciones que aumenten la vulnerabilidad de los ciudadanos.

La inacción es parte de la política prohibicionista, con efectos negativos y costos para la sociedad. Dentro del marco actual de las instituciones, el suministro de drogas ilegales genera grandes ganancias de dinero ilícito, mientras que el Estado no proporciona mecanismos para reducir los riesgos del uso de sustancias ilícitas. El Estado ha sido incapaz de mantener un mercado que ofrezca información suficiente para los usuarios y establecer reglas básicas para la producción y distribución de estas sustancias. El Estado evita sistemáticamente abordar cuestiones relacionadas con el proceso de producción y de control de calidad. Esto aumenta el riesgo en la salud de los usuarios, ya que no existe información en el mercado sobre la dosificación o potencia de las sustancias. Actualmente es imposible determinar el impacto del abuso de sustancias ilícitas en la salud, dado que muchos problemas se asocian más con bajos niveles de seguridad que con el uso de las sustancias.

En lugar de abordar estos problemas, el Estado criminaliza a los actores del mercado ilegal de drogas. Esto coloca a los consumidores en una situación extremadamente vulnerable, junto con los productores y todos los demás sectores del mercado, creando una cadena de costos sociales que son difíciles de cuantificar y que generalmente están ocultos a los ojos del Estado y de la sociedad en general. Por ejemplo, el Estado no distingue a los usuarios problemáticos que requieren atención especializada de presuntos delincuentes, que deben ser llevados a un proceso judicial. Tampoco distingue entre tipo de consumidores y los tipos de tratamientos que requieren de acuerdo con el tipo de sustancias que usan. Esto significa que las muertes por sobredosis están latentes en la población que consume drogas ilegales, lo cual es un riesgo evitable.

5.2 Un Estado cuyas acciones carecen de legitimidad

El Estado enfrenta una encrucijada con respecto a las drogas ilegales. Las decisiones del régimen internacional con relación al fenómeno de las drogas ilícitas han producido resultados contraproducentes que resultan extremadamente costosos para el desempeño del Estado. Un informe reciente elaborado por el Consorcio Internacional de Políticas sobre Drogas sugiere que la guerra contra las drogas ha impedido alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio (IDPC, 2010; IPI, 2018).

La lucha contra las drogas tal como la conocemos hoy ha debilitado al Estado al menos de dos maneras. De manera contraria a los objetivos declarados, ha desencadenado más violencia, y las agencias estatales han sucumbido a las complejas redes de los poderes de facto. La prohibición ha creado mercados negros cuyos ingresos se cuentan por miles (Chambliss, 1992; Legalizar…, 2010; Caulkins, 2014; Atuesta, 2017). En México, el valor de mercado del tráfico de drogas, según lo estimado por Ruiz (2001), es de US$ 25 mil millones, o el 6% del producto interno bruto (PIB) del país. Los mercados con este nivel de ingresos brindan ventajas a los grupos delictivos en áreas estratégicas del Estado, que se infringen a través de la coacción.

Segundo, el Estado trabaja con recursos públicos limitados y diferentes áreas de políticas que técnicamente compiten por este financiamiento. Un recurso destinado a un sector o tema específico implica costos de oportunidad que a veces son difíciles de calcular. El caso particular de la estrategia prohibicionista basada en la aplicación de la ley implica que el Estado ha canalizado fondos hacia actividades para combatir a los grupos organizados en las cadenas de producción, transporte y ventas de drogas (Melis y Nougier, 2010). Los cálculos sobre el gasto en este sector varían ampliamente según la fuente consultada.

5.3 Altos costos económicos y sociales

La actual política prohibicionista asociada a las drogas ilícitas ha creado una serie de problemas con un considerable impacto social y económico. Solo en el caso de México, existe una tendencia creciente en la percepción de inseguridad entre los ciudadanos en su círculo más inmediato como: su municipio y vecindario, donde se han reportado tasas de 65.1% y 45.4%, respectivamente. Mientras tanto, a nivel estatal, esta percepción alcanza el 72.4% (Inegi, 2016). Esto se debe en parte a los enfrentamientos con el crimen organizado y una estrategia de seguridad que favorece el uso de la violencia física y las armas de fuego para detener o contener actividades ilegales. Un indicador útil a este respecto es la cifra de 32.4 civiles muertos por cada soldado, lo que sugiere un alto grado de letalidad y uso excesivo de la fuerza (Perez-Correa, Rivas y Forné, 2012).

El aumento en las tasas de criminalidad puede explicarse en parte por los esfuerzos de las organizaciones criminales hacia la diversificación económica como una estrategia financiera. Según estimaciones de Global Financial Integrity (2011 *apud* BBC Mundo, 2016), se estima que las principales actividades de las organizaciones delictivas son el tráfico de drogas (US$ 320 mil millones), la falsificación de documentos de inmigración (US$ 250 mil millones). trata de personas (US$ 31,6 mil millones), ventas ilegales de petróleo (US$ 10,8 mil millones) y tráfico de vida silvestre (US$ 10 mil millones).

Además, debido a los actos criminales y la política prohibicionista en sí misma, que trata a los que llevan pequeñas cantidades de drogas ilícitas como delincuentes, la población carcelaria ha crecido a un ritmo insostenible. Solo en los Estados Unidos, la población carcelaria aumentó en un 46% en el sistema estatal. Esto desde que sistema federal impone sanciones a los portadores y usuarios de drogas (HRW, 2015). El daño que las familias sufren debido al encarcelamiento ha superado con creces el daño inherente al uso o la posesión de drogas.

Como resultado del creciente mercado de drogas ilícitas y su consiguiente violencia, se ha observado una reducción en la esperanza de vida de más de 2.23 años en el caso de Colombia (Soares, 2006), mientras que, en el caso de América Latina, la pérdida es de 0.6 años, de acuerdo con la misma fuente. Los grupos criminales han implementado programas de reclutamiento que apuntan sistemáticamente a los jóvenes, quienes luego son forzados a tomar parte en el negocio de las drogas. Así, los jóvenes participan activamente en la distribución de drogas a nivel micro (escuelas, vecindarios, bares, mercados), lo que los lleva a abandonar sus estudios para dedicarse a estas actividades de tiempo completo, exponiendo sus vidas significativamente.

6 ¿POR QUÉ EL ESTADO FALLA EN PROTEGER A SUS CIUDADANOS?

Con el fin de identificar los factores por los cuales el Estado no protege a sus ciudadanos, la información extraída de los grupos de enfoque, así como la evidencia disponible permite identificar cuatro causas.

6.1 Mercados de sustancias que operan fuera de un marco regulatorio apropiado

Mantener los mercados en regímenes que se centren exclusivamente en la prohibición, es uno de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad ciudadana. La forma en que una gran parte de la sociedad ha reaccionado tradicionalmente al tema de la regulación de drogas, desde el punto de vista de la política pública, paradójicamente ha ido en contra del interés público. Los mercados "desregulados" causan violencia y crean un sistema complejo en el que prevalecen la incertidumbre y el caos (Cide, 2016).

Algunos ejemplos de esto son las constantes guerras territoriales entre grupos del crimen organizado y el abuso al que los usuarios de drogas están sujetos. Desde la lógica de un mercado con bienes inelásticos, es decir, cuando la demanda no depende del precio, como ocurre a menudo con las drogas, una mayor represión produce peores resultados que si las drogas estuvieran reguladas y gravadas (Becker, Murphy y Grossman, 2004). En otras palabras, la lógica económica que rodea el mercado negro de drogas se comporta de una manera que a menudo es difícil de predecir para los propósitos de la política pública. Esto hace cuestionarnos si el régimen prohibicionista alguna vez permitirá al Estado obtener ingresos y al menos controlar marginalmente la producción, la distribución y el consumo. Sin lo anterior, la sociedad en su conjunto se vuelve más vulnerable.

A nivel internacional, se han implementado una serie de reformas institucionales para ciertas drogas, como la marihuana. Este es el caso de varios estados en los Estados Unidos, Uruguay y Canadá, que recientemente aprobaron el uso recreativo de la marihuana. La tendencia a legalizar esta planta como medicamento en ciertas partes del continente, es un aspecto importante para considerar para la reformulación del discurso oficial sobre las drogas.

6.2 Información inadecuada e insuficiente sobre el fenómeno de la droga

La calidad y la cantidad de información disponible en el mercado sobre los efectos de las drogas son insuficientes para tomar decisiones estratégicas y diseñar políticas basadas en la evidencia. En otras palabras, para que los gobiernos implementen intervenciones públicas para resolver problemas relacionados con las drogas (adicciones, sobredosis, inseguridad etc.), los insumos básicos que brindan información y datos son esenciales.

A pesar de los esfuerzos de científicos y diversos grupos de la sociedad civil, la difusión de información sobre los efectos de las drogas ilícitas es actualmente limitada e insuficiente. Dado el paradigma dominante de la prohibición, los usuarios de drogas con información insuficiente están expuestos a riesgos para la salud debido a los efectos a corto, mediano y largo plazo. Del mismo modo, debido a que este es un tema muy estigmatizado en la sociedad, las campañas de prevención a menudo son insuficientes, dado que no proporcionan una comprensión profunda del tema. Sin información suficiente y adecuada, y sin la voluntad de difundir un conocimiento más objetivo, es imposible mitigar los riesgos que la sociedad experimentará al estar expuesto a un mercado que actualmente toma decisiones basadas en prejuicios y estigmas.

6.3 El Estado no logra frenar la fuerza del crimen organizado

El crimen organizado, particularmente el narcotráfico en el caso mexicano está estrechamente relacionado con la violencia. La violencia es entendida desde un sentido amplio. Por ejemplo, puede considerarse un medio para fines económicos, pero también puede ser un canal para afirmar

el poder e incluso definir una identidad en relación con otros grupos (Williams, 2009). Para los fines de este documento, se adopta el significado de violencia de Galtung (1968): la violencia es cualquier acto ejercido por otras personas u organizaciones que limita el potencial físico y psíquico de las personas.

La capacidad de generar violencia entre las organizaciones delictivas aumenta como resultado de sus estructuras operativas y flujos de capital, que a su vez proporcionan ventajas estratégicas sobre el Estado, que compite con ellos por la hegemonía en regiones enteras. Por ejemplo, el valor de mercado del tráfico de drogas se estima en aproximadamente el 1.5% del PIB mundial (UNODC, 2009). Para poner esto en perspectiva, según datos del World Drug Report (UNODC, 2016), el cultivo mundial de coca fue de 132,000 hectáreas, con un crecimiento promedio anual de 10%, mientras que el mercado de marihuana (resina y planta) asciende a 7,267 toneladas, con crecimiento anual promedio al 6%. El problema se vuelve aún más complejo si consideramos que estos grupos han adquirido dimensiones transnacionales. A pesar de la falta de datos oficiales de organizaciones internacionales, según periodistas y fuentes de medios independientes, se estima que nueve grupos del crimen organizado, con 37 células criminales aliadas, operan en México (Ángel, 2016). Sin embargo, información reciente en la materia estima que el número ha crecido exponencialmente desde el comienzo de la llamada "guerra contra las drogas" en México (Atuesta e Pérez-Dávila, 2018).

6.4 Instituciones gubernamentales ineficientes e inflexibles

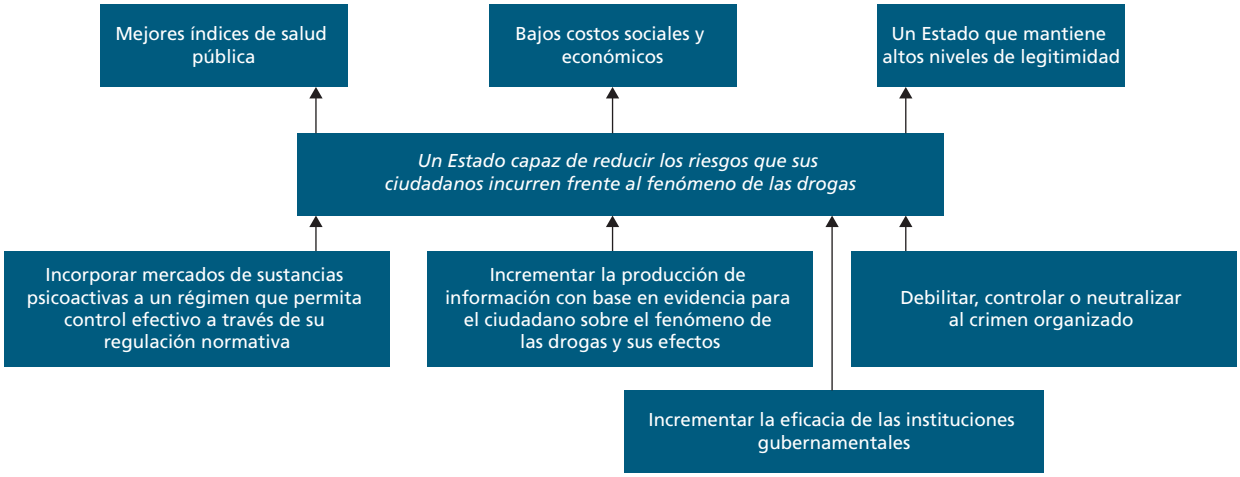
En la asignación anual de recursos públicos para gastos militares, principalmente en países en desarrollo, los Estados canalizan recursos para abordar la lucha contra el crimen organizado sin generar ingresos. Esto fundamentalmente debido a que este tipo de asignación presupuestaria no es una inversión pública (Meza e Guerra, 2017). La lucha contra el crimen organizado, que a menudo se considera un problema de seguridad nacional, alienta el gasto discrecional de recursos bajo la apariencia de un "secreto de Estado". Como tal, sus resultados a menudo evaden el escrutinio público. La falta de rendición de cuentas en términos de resultados y transparencia (disponibilidad de información) ha llevado a disturbios civiles generalizados, lo que aumenta la percepción de corrupción en las instituciones del Estado.

Un indicador que muestra la ineficacia de las instituciones gubernamentales es la población penitenciaria no condenada. En México, por ejemplo, el 39% de los presos bajo jurisdicción local no han sido juzgados, y en áreas que caen bajo la jurisdicción federal, que incluye la mayoría de los delitos relacionados con el crimen organizado, esta cifra asciende al 50.2% (La cárcel…, 2013). Del mismo modo, en el resto de América Latina, la aplicación de la ley es similar a la de México. Según el Índice de Estado de Derecho de World Justice Project (2015), solo Costa Rica, Chile y Uruguay tienen puntajes de entre 0.55 y 0.58 en términos de justicia penal.

7 AGENDA DE POLÍTICA PÚBLICA PARA LA MITIGACIÓN DE RIESGOS

La definición actual de problema de drogas y sus políticas exponen a los ciudadanos a riesgos evitables. El árbol de objetivos (ver figura 2) describe el fenómeno desde una perspectiva proactiva que puede guiar las acciones del Estado. En este caso, el objetivo principal es construir un Estado que pueda reducir los riesgos a los que están expuestos los ciudadanos como resultado del fenómeno de las drogas.

FIGURA 2
Árbol de objetivos



Elaboración de los autores.

Según la definición del problema, una política de mitigación de riesgos se construye intentando alcanzar cuatro objetivos específicos: *i)* incorporar los mercados de sustancias psicoactivas a un régimen que permita su control efectivo a través de la regulación; *ii)* aumentar la producción de información basada en la evidencia sobre el fenómeno de las drogas y sus efectos, diseñado para los ciudadanos; *iii)* enfrentar el crimen organizado bajo el marco de las fuerzas civiles y en estricto apego a los derechos humanos; y *iv)* aumentar la eficiencia de las instituciones gubernamentales. Estos cuatro componentes son necesarios para construir un Estado que mitiga efectivamente los riesgos.

8 CONCLUSIÓN

En las sociedades modernas, el papel del Estado en la regulación de las drogas enfrenta una paradoja. Por un lado, el Estado debe aumentar sus capacidades para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas basadas en la evidencia, y por otro, debe modificar el alcance de su interferencia en los procesos sociales y convertirse en un agente efectivo para la mitigación de riesgos. La tarea es significativa porque la definición del problema público se enfrenta a la multidimensionalidad y la multicausalidad, además del hecho que el tema es controvertido política y socialmente.

La política actual, y sus métodos hasta ahora, han producido más problemas que soluciones. El Estado no está logrando su objetivo principal de proporcionar seguridad en sus tres ámbitos: seguridad pública, seguridad jurídica y seguridad de los activos. Todo lo contrario, ha producido un efecto negativo y crítico en los indicadores de salud pública; un Estado cuyas acciones carecen de legitimidad; y altos costos económicos y sociales. En otras palabras, el Estado expone a sus ciudadanos a riesgos evitables relacionados con las drogas.

REFERENCIAS

ÁNGEL, A. Radiografía del narco: cártel del Pacífico y Jalisco, dominan; Templarios y Zetas se repliegan. **Animal Político**, 12 jul. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/KUvCpG>. Acceso en: 9 ene. 2017.

ATUESTA, L. Since the benefits are uncertain, can we evaluate prohibition examining its costs? *In:* INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR STUDY OF DRUG POLICY, 11., 2017, Aarhus. **Anales…** Aarhus: Centre for Alcohol and Drug Research, 2017.

ATUESTA, L.; PÉREZ-DÁVILA, S. Fragmentation and cooperation: the evolution of organized crime in Mexico. **Trends in Organized Crime**, v. 21, p. 235-261, 2018.

BAUMGARTNER, F.; JONES, B. **Agendas and instability in American politics**. Chicago: Chicago University Press, 1993.

BBC MUNDO. Las cinco actividades del crimen organizado que recaudan más dinero en el mundo. **Animal Político**, 31 mar. 2016. Disponible en: <https://goo.gl/zKypS1>. Acceso en: 6 ene. 2017.

BECKER, G., MURPHY, K.; GROSSMAN, M. **The economic theory of illegal goods**: the case of drugs. Massachusetts: NBER, 2004. (NBER Working Paper, n. 10976). Disponible en: <https://goo.gl/MWrRzT>. Acceso en: 9 ene. 2017.

CAULKINS, J. P. Effects of prohibition, enforcement and interdictionon drug use. *In:* LSE – THE LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE (Ed.). **Ending the drug wars**. London: LSE Ideas, 2014.

CHAMBLISS, W. J. The consequences of prohibition: crime, corruption, and international narcotics control. *In:* TRAVER, H.; MARK, G. (Eds.). **Drugs, law and the state**. Hong Kong: Hong Kong University Press, 1992. Disponible en: <https://goo.gl/8cSm7n>. Acceso en: 16 nov. 2018.

CIDE – CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS. Grupo de Enfoque. **Indicadores política de drogas**. Santa Fe: Cide Santa Fe, 2016.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. Agenda building and the politics of aging. **Policy Studies Journal**, v. 13, n. 1, p. 115-129, 1983.

DERY, D. Agenda setting and problem definition. **Policy Studies**, v. 21, n. 1, p. 37-47, 2000.

GALTUNG, J. Entropy and the general theory of peace. *In*: INTERNATIONAL PEACE RESEARCH ASSOCIATION GENERAL CONFERENCE, 2nd, 1968, Assen. **Annals…** Assen: Van Gorcum, 1968.

HEAD, B. W.; ALFORD, J. Wicked problems: implications for public policy and management. **Administration and Society**, v. 47, n. 6, p. 711-739, 2014.

HRW – HUMAN RIGHTS WATCH. **World report 2015**: events of 2014. New York: HRW, 2015. Disponible en: <https://goo.gl/dxXHqX>. Acceso en: 6 ene. 2017.

IDPC – INTERNATIONAL DRUG POLICY CONSORTIUM. The 2010 Comission on Narcotic Drugs. **Report of proceedings**. London: IDPC, 2010.

INEGI – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. **Encuesta nacional de victimización y percepción sobre seguridad pública**. Aguascalientes: Inegi, 2016.

IPI – INTERNATIONAL PEACE INSTITUTE. International Expert Group on Drug Policy Metrics. **Aligning agendas**: drugs, sustainable development, and the drive for policy coherence. New York: IPI, 2018.

KINGDOM, J. **Agendas, alternatives and public policies**. Michigan: University of Michigan, 1994.

LA CÁRCEL en México: ¿para qué? **México Evalúa**, 13 ago. 2013. Disponible en: <https://goo.gl/s9AYCX>. Acceso en: 9 ene. 2017.

LEGALIZAR. Un informe. **Nexos**, 1º oct. 2010. Disponible en: <https://goo.gl/FuLz5X>. Acceso en: 8 dic. 2015.

MARIHUANA supera al trigo en Canadá. **La Prensa**, 3 oct. 2005. Disponible en: <https://goo.gl/1QjjNC>. Acceso en: 9 oct. 2018.

MELIS, M.; NOUGIER, M. IDPC briefing paper drug policy and development how action against illicit drugs impacts on the millennium development goals. **SSRN**, 1º oct. 2010. Disponible en: <https://goo.gl/uXqo6C>. Acceso en: 21 nov. 2018.

MEZA, O. D.; GUERRA, E. **Drug policy in the Americas**: a redefinition of the problem and the State's role. Aguascalientes: Cide, 2017.

MOSS, D. **When all else fails**: government as the ultimate risk manager. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

PEREZ-CORREA, C. P.; RIVAS, R. G.; FORNÉ, C. S. Uso de la fuerza letal. Muertos, heridos y detenidos en enfrentamientos de las fuerzas federales con presuntos miembros de la delincuencia organizada. **Desacatos – Revista de Ciencias Sociales**, v. 40, p. 47-64, 2012. Disponible en: <https://goo.gl/g1dMS3>. Acceso en: 17 jun. 2017.

PETERS, G. B. The problem of policy problems. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 7, n. 4, p. 349-370, 2005.

RITTEL, H. W. J.; WEBBER, M. M. Dilemmas in a general theory of planning. **Policy Sciences**, v. 4, p. 155-169, 1973.

RUIZ, S. G. Fighting drug cartels on the Mexico-United States border. **Forum on Crime and Society**, v. 1, n. 2, p. 19-30, 2001. Disponible en: <https://goo.gl/T7mfmw>. Acceso en: 6 ene. 2017.

SOARES, R. R. The welfare cost of violence across countries. **Journal of Health Economics**, v. 25, n. 5, p. 821-846, 2006.

STONE, D. A. Causal stories and the formation of policy agendas. **Political Science Quarterly**, v. 104, n. 2, p. 281-300, 2007.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2009**. Vienna: UNODC, 2009. Disponible en: <https://goo.gl/3LejzS>. Acceso en: 9 ene. 2017.

_____. **World Drug Report 2016**. Vienna: UNODC, 2016. Disponible en: <https://goo.gl/3FH2ZL>. Acceso en: 9 ene. 2017.

WILLIAMS, P. Illicit markets, weak states and violence: Iraq and Mexico. **Crime, Law and Social Change**, v. 52, p. 323-336, 2009.

WORLD JUSTICE PROJECT. **Rule of Law Index 2015**. Washington: World Justice Project, 2015. Disponible en: <https://goo.gl/4E3i8L>. Acceso en: 9 ene. 2017.

O Novo Nem Sempre Vem: Lei de Drogas e encarceramento no Brasil

Marcelo da Silveira Campos[1]

1 INTRODUÇÃO

A chamada *nova* Lei de Drogas, aprovada em agosto de 2006 (Lei nº 11.343/2006), eliminou a pena de prisão para o *uso de drogas*, ao mesmo tempo em que aumentou o tempo mínimo de prisão para o tipo penal do *tráfico de drogas* (quadro 1).

QUADRO 1
Comparativo da criminalização do uso: tráfico de drogas – Lei de Drogas (Lei nº 11.343, de 2006)

Lei nº 6.368/1976	Lei nº 11.343/2006
Uso Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena – Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinqüenta) dias-multa (Brasil, 1976).	*Uso* Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo (Brasil, 2006a).
Tráfico Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar; Pena – Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinqüenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa (Brasil, 1976).	*Tráfico* Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena – Reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa (Brasil, 2006a).

Fonte: Presidência da República/Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos.

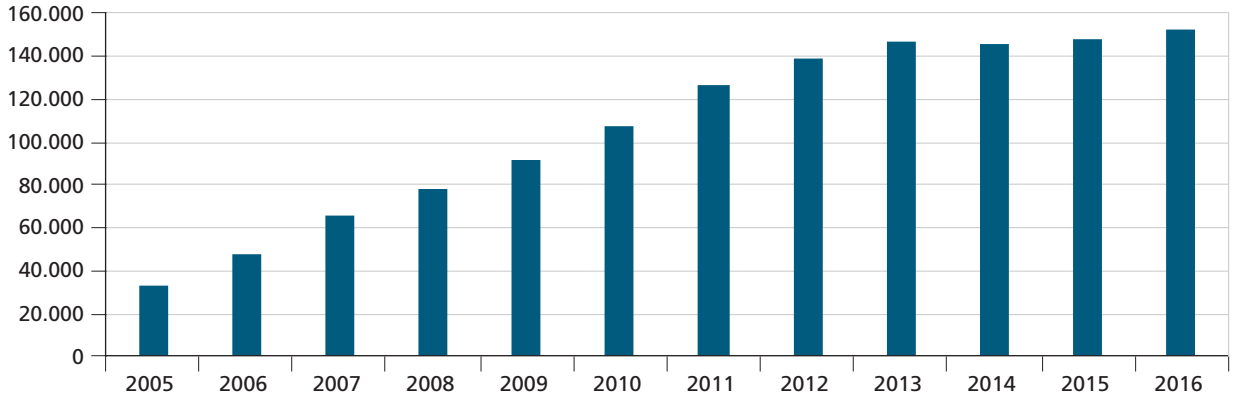
Segundo os discursos oficiais dos próprios parlamentares que a aprovaram, esta *nova* lei visava promover o deslocamento do *usuário de drogas* do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde. Com isto, inaugurava-se também um "novo" enunciado sobre estes sujeitos, amparado no saber médico: o usuário passava a ser, então, percebido como um "doente", que necessita de tratamento de saúde, e não de pena de prisão.

Contudo, a emergência deste enunciado, assim como a nova regulação sobre o *usuário de drogas,* prevista na lei, só foram possíveis na medida em que, concomitantemente, reiterou-se a dimensão punitiva para o crime de tráfico. Ou seja, na medida em que que se aumentou a pena de prisão para o *traficante*, reinvestindo-o, dessa forma, na velha figura do "inimigo público", símbolo do mau, que necessita de mais punição.

1. Doutor em sociologia pela Universidade de São Paulo (USP), professor adjunto da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD),coordenador do Laboratório Interdisciplinar sobre Direitos, Diversidades e Diferenças na Fronteira (Ladif). Atualmente é pós-doutorando no Instituto Nacional de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (INCT-InEAC) e bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj).

Passados alguns anos de sua vigência, observa-se que a aplicação deste "novo" dispositivo legal, no interior do sistema de justiça criminal, trouxe como sua principal implicação a intensificação massiva da criminalização de indivíduos por tráfico de drogas. Os dados nacionais apontam o aumento crescente, desde 2006, do número absoluto dos presos e presas por comércio de drogas, como se vê no gráfico 1.

GRÁFICO 1
Aumento da população carcerária incriminada por tráfico (2005-2016)



Fonte: Depen/Ministério Extraordinário da Segurança Pública.
Elaboração do autor.

A pesquisa de doutorado do autor (Campos, 2015b), defendida em 2015 na Universidade de São Paulo (USP), teve por objetivo analisar as principais implicações desta nova lei (Lei nº 11.343/2006), desde a sua formulação pelo sistema político (Legislativo), até a sua aplicação pelo sistema de justiça criminal, tendo como problemática empírica central o fenômeno da intensificação do encarceramento por *tráfico de drogas* no Brasil, após o advento daquela lei (gráfico 1).

Este artigo apresenta um resumo dos principais argumentos desenvolvidos pelo autor naquele trabalho, assim como alguns dos estudos estatísticos realizados para embasá-los. Este artigo conta com três seções, incluindo esta introdução. A seção 2 tratará do processo legislativo que produziu a Lei nº 11.243/2006 e a seção 3 apresentará as implicações de sua aplicação pelo sistema de justiça criminal na cidade de São Paulo, a partir de dados colhidos em duas delegacias policiais, localizadas em bairros distintos desta cidade.

2 O PROCESSO LEGISLATIVO DA LEI Nº 11.343/2006 E O PROJETO DE DESLOCAMENTO DO USUÁRIO DE DROGAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

A Lei de Drogas de 2006 atrelou dois modelos principais de controle social: o primeiro, de caráter *punitivo e criminalizador*, dirigido aos comerciantes de drogas, que culminou no aumento da pena mínima para o crime de tráfico de drogas; e o segundo, de caráter *médico-social-preventivo*, voltado aos usuários, que culminou no fim da pena de prisão e da multa para eles.

A justificativa deste novo dispositivo bifronte, engendrado pela lei, está expressa nos discursos dos próprios parlamentares que a elaboraram. É o que se vê no parecer publicado no Diário do Senado Federal:

> (...) tornou-se indispensável oferecer ao Legislativo um projeto que, encontrando entre as várias iniciativas já apresentadas traços comuns, oferecesse à sociedade moderna formas de educar os

> usuários, tratar os dependentes, e punir os narcotraficantes e os que financiam ou que de algum modo permitem suas atividades (Brasil, 2002, p. 07389).[2]

Segundo o parecer do senador Romeu Tuma, do antigo Partido da Frente Liberal de São Paulo (PFL/SP),[3] ao substitutivo do projeto de lei do Senado (PLS) originalmente apresentado no Congresso, para alteração do marco regulatório sobre drogas, os grandes "méritos" do novo projeto seriam: *i)* a imposição de penas menos estigmatizantes para usuários; *ii)* a possibilidade de realização, a um só tempo, da prevenção ao uso de drogas e da repressão do seu comércio; *iii)* a redução de riscos e danos causados pelas drogas à sociedade; *iv)* e a reinserção social dos usuários e dependentes de drogas.

> De início, convém reafirmar que, a despeito dos muitos pontos de contato com o texto originalmente aprovado no Senado Federal, o substitutivo ao PLS nº 115, de 2002, promove mudanças importantes no tratamento da matéria. O texto original, mesmo aliviando as conseqüências da criminalização do uso indevido de drogas, permanece muito vinculado ao marco normativo da Lei nº 6.368, de 1976, trabalhando com conceitos discutíveis, como, por exemplo, "erradicação" e "tratamento obrigatório". O substitutivo, com maior empenho, fixa as diretrizes das políticas públicas sobre drogas, incorporando novos valores e premissas ao enfrentamento de um problema tão complexo. Um exemplo louvável dessa diretriz é a proposta de instituir penas menos estigmatizantes para o usuário, como as previstas nos incisos do art. 28. Não podemos ignorar que a criminalização do uso de psicoativo representa a punição de um indivíduo que, em última análise, estaria cometendo um mal a si mesmo.
>
> (...) o substitutivo determina que a ação estatal seja distribuída, com igual peso, entre as ações de prevenção e de repressão. Esse equilíbrio é fundamental para garantir respostas mais racionais e eficazes, evitando os equívocos, tão comuns, da mistificação e do maniqueísmo.
>
> Declara, assim, a necessidade de "observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social" (art. 4º, X). Ao invés de imunização, o substitutivo elege como objetivo principal tornar o cidadão menos vulnerável a assumir comportamentos de risco (art. 5º, I).
>
> Complementarmente, as atividades de prevenção estão dirigidas a resultados igualmente relevantes: o "não-uso", o "retardamento do uso", a redução de riscos (art. 19, VI) e de danos (art. 9º, VI e art. 20). Registre-se, ainda, que o substitutivo inclui os familiares do usuário como alvo das políticas públicas de atenção e de reinserção social, o que representa um enorme ganho qualitativo às políticas públicas sobre drogas (arts. 19, IV e VIII, 20, 21, 22, caput, II e IV) (Brasil, 2006b, p. 22783).

Esta inovação, contudo, não sobreveio exclusivamente no âmbito da punição. Atrelada a ela operou-se uma inovação ao nível do saber, representada pela introdução do discurso médico no novo dispositivo das drogas. Isto fica bastante claro no Artigo 3º da Lei nº 11.343/2006, que integra o seu título II – Do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad:

> Art. 3º. O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:
>
> I – a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
>
> II – a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (Brasil, 2006a).

2. Diário do Senado Federal, 7 de maio de 2002. Para mais informações, ver Campos (2015a).

3. Atualmente é o Partido Democratas (DEM).

Assim, com base na lógica discursiva do *cuidado*, da *prevenção e* da *reinserção social*, o novo dispositivo de drogas brasileiro, de um lado, exclui a pena de prisão e a multa para usuários e dependentes de drogas (duas penas hegemônicas das teorias clássicas da pena); e, de outro, a partir da lógica dissuasiva centrada na repressão, eleva o tempo mínimo de prisão, assim como o valor da multa, para os crimes relativos ao comércio de drogas.

A novidade deste dispositivo, portanto, estava em sua promessa de deslocar o usuário do sistema de justiça para o de saúde. Entretanto, o novo nem sempre vem. É o que se vê quando da aplicação efetiva da nova Lei de Drogas pelo sistema de justiça criminal.

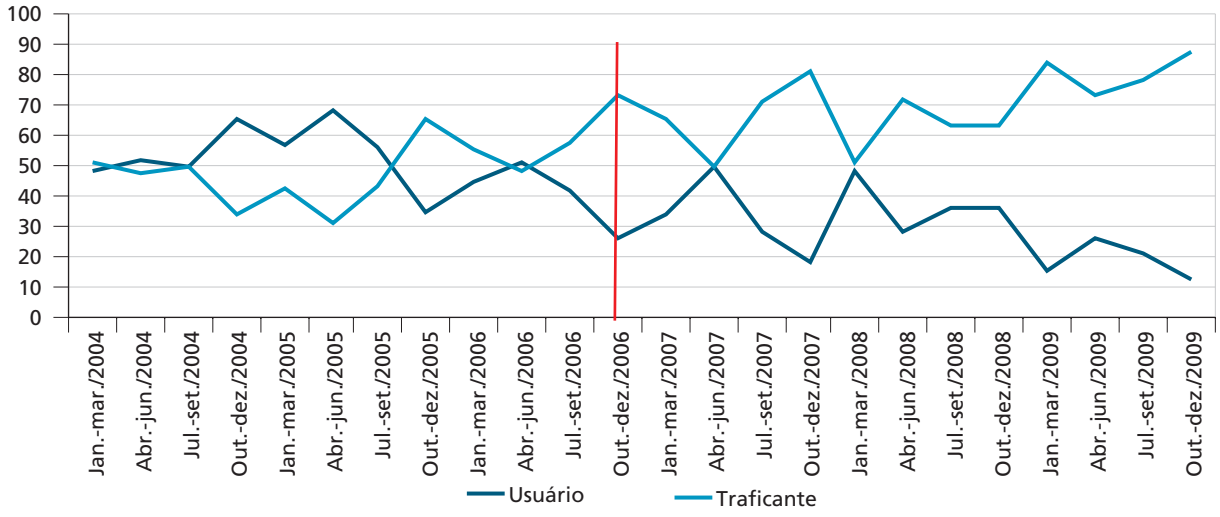
3 AS PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DA NOVA LEI DE DROGAS NO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL

Contrariamente às expectativas geradas durante sua tramitação no Congresso Nacional, a aprovação da nova Lei de Drogas brasileira, em 2006, foi seguida de uma escalada nas taxas de encarceramento pelo crime de *tráfico* no país, conforme demonstrado no gráfico 1, anteriormente apresentado.

Abordando o caso da cidade de São Paulo, analisaram-se os dados de incriminação, pela polícia, de 1.256 pessoas, em duas delegacias daquela cidade, entre 2004 (dois anos antes, portanto, da aprovação da nova Lei de Drogas) e 2009. As escolhidas foram a 77ª Delegacia de Polícia (DP), localizada no bairro de Santa Cecília, e a 32ª DP, situada em Itaquera. A escolha destas duas DPs permitiu a comparação da criminalização por tráfico de drogas em dois contextos distintos: o de um bairro central da cidade (a 77ª) e o de um bairro periférico (a 32ª). Note-se que a delegacia de Santa Cecília é conhecida por criminalizar grande quantidade de pessoas por tráfico de drogas, estando localizada a cerca de 900 quilômetros da chamada "cracolândia" paulista.[4]

Com base nos registros destas duas delegacias, construiu-se uma série temporal interrompida, a fim de comparar o número de incriminações de usuários e de traficantes, por trimestre, entre 2004 e 2009 (gráfico 2).

GRÁFICO 2
Série temporal interrompida sobre a Lei nº 11.343, de 2006: usuários e traficantes incriminados (2004-2009)
(Em %)



Fonte: SSP-SP – DP Santa Cecília e DP Itaquera.
Elaboração do autor.

4. Para mais detalhes da metodologia, ver Campos (2015b).

Conforme pode ser visto no gráfico 2, a série demonstra o progressivo aumento da incriminação por tráfico, a cada ano, após 2006, concomitantemente à diminuição da incriminação por uso de drogas, no mesmo período. Entre 2006 e 2007 verifica-se uma inversão das tendências de incriminação em uma e outra categoria e, a partir de 2008, perde-se a equivalência que existia entre elas antes da Lei de Drogas, chegando-se, ao final de 2009, com uma ampla diferença entre os percentuais: no último trimestre da série (outubro-dezembro de 2009), 87,5% do total de pessoas incriminadas por delitos previstos na Lei de Drogas foram enquadradas como *traficantes* (Artigo 33), enquanto apenas 12,5% foram incriminadas como *usuários de drogas* (Artigo 28).

Para alguns analistas do campo,[5] a principal hipótese explicativa para este fenômeno é a falta de critérios objetivos, no texto da lei, para fins de distinção entre as condutas de porte de drogas para consumo pessoal e porte de drogas para fins de comercialização. Embora a lei indique que a quantidade de droga em poder do suspeito é um critério para esta distinção, ela própria não estabelece quais quantidades caracterizam uma ou outra conduta.[6]

A hipótese aqui, no entanto, é um pouco distinta. Entende-se que este resultado decorre, sobretudo, da *rejeição, pelo sistema de justiça criminal, da inovação representada pela incorporação da dimensão médico-sanitária ao novo dispositivo das drogas*. Esta inovação parcial, na verdade, permitiu a emergência de novas práticas no interior do sistema de justiça criminal, mas que priorizaram a velha e conhecida pena de prisão.

Segundo Pires (2004), este fato pode ser pensado na forma de uma sinédoque – figura de linguagem que consiste em definir o todo (o crime ou o sistema penal) pela parte de sempre (a pena): torna-se "quase impossível pensar o sistema penal ou o crime sem uma dependência quase exclusiva da pena aflitiva", suscitando "uma ontologização da estrutura normativa do direito penal moderno" (*ibidem*, p. 42). Ou seja, o que havia de potencialmente novo na lei foi, pouco a pouco, virando o velho de sempre. Isto porque, conforme constatado pelo gráfico 2, os operadores valorizaram a incriminação e o carcerário (*carcéral*) naquilo que Pires e Garcia (2007) denominaram como *temporation de la souffrance-sévérité*. É justamente a valorização deste quadro de referência – a racionalidade penal moderna hegemônica – que rejeitará qualquer espaço de evasão cognitiva (Dubé, 2014): qualquer ideia com base em um sistema de pensamento alternativo, em matéria de penas, será rejeitada justamente porque não utiliza um vocabulário de motivos no qual o sofrimento e a exclusão social dos sujeitos não legitimem a sua condenação social.

Em uma sociedade como a brasileira, na qual coexistem, dentro da lei, alguns poucos princípios universais com muitos princípios hierárquicos de cidadania (Lima, 1989), o sistema de justiça criminal e seus operadores tendem a rejeitar a parte médica do dispositivo e privilegiar a pena aflitiva de prisão. Desta forma, para a justiça criminal paulista, não é somente a falta de critérios "objetivos" que acarreta a indistinção entre usuários e comerciantes de drogas. Perante qualquer ideia com potencial de inovação – o fim da pena de prisão para o usuário de drogas – as instituições de justiça criminal acabam por rejeitá-la.

5. Ver Boiteux *et al.* (2009), Jesus *et al.* (2011), Grillo, Policarpo e Veríssimo (2011), entre outros.

6. "Art. 28. (...)

§ 2º 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, 2006a, grifos nossos).

Neste sentido, o autor entende que a Lei nº 11.343/2006 pode ser representada pela velha metáfora do copo que, preenchido de água até a metade, apresenta-se, ao mesmo tempo, *meio* vazio e *meio* cheio. A primeira metade diz respeito à dimensão médica, que pretendia o deslocamento do usuário de drogas para o sistema de saúde. A segunda metade é a criminal, representada pelo aumento da pena de prisão para o tipo penal do tráfico de drogas. Contudo, a combinação entre severidade e moderação, proposta por este novo diploma legal, teve como principal consequência uma política de drogas feita pela metade: um copo meio vazio de médico e meio cheio de prisão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1976.

_____. Senado Federal. **Diário do Senado Federal**, Brasília, 7 maio 2002.

_____. 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, 2006a.

_____. Senado Federal. **Diário do Senado Federal**, Brasília, 6 jul. 2006b.

BOITEUX, L. *et al.* **Tráfico de drogas e Constituição**. Brasília: SAL/MJ; UFRJ; UnB, 2009. (Série Pensando o Direito, n. 1).

CAMPOS, M. S. Entre doentes e bandidos: a tramitação da Lei de Drogas (n. 11.343/2006) no Congresso Nacional. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 2, p. 156-173, 2015a.

_____. **Pela metade**: as principais implicações da nova Lei de Drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo. 2015. Tese (Doutorado em Sociologia) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015b.

DUBÉ, R. Michel Foucault et les cachots conceptuels de l'incarcération: une évasion cognitive est-elle possible? **Champ Pénal**, Guyancourt, v. 11, p. 1-25, 2014.

GRILLO, C. C.; POLICARPO, F.; VERÍSSIMO, M. A "dura" e o "desenrolo": efeitos práticos da nova Lei de Drogas no Rio de Janeiro. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, n. 40, p. 135-148, 2011.

JESUS, M. G. M. (Org). **Prisão provisória e Lei de Drogas**: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudo da Violência/USP, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/2G9EKg>. Acesso em: 29 nov. 2018.

LIMA, R. K. Cultura jurídica e práticas policiais: a tradição inquisitorial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 65-84, 1989.

MARQUES, M. G. *et al.* **Prisão provisória e Lei de Drogas**: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: USP; Open Society Institute, 2011.

PIRES, A. P. A racionalidade penal moderna, o público e os direitos humanos na modernidade tardia. **Revista Novos Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 6, p. 39-60, 2004.

PIRES, A. P.; GARCIA, M. Les relations entre les systèmes d'idées: droits de la personne et théories de la peine face à la peine de mort. *In:* CARTUYVELS, Y. *et al.* (Eds.). **Les droits de l'homme, bouclier ou épée du droit pénal?** Ottawa: Facultés Universitaires de Saint-Louis, 2007. p. 291-336.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

CAMPOS, M. S. **Crime e Congresso Nacional**: uma análise da política criminal aprovada de 1989 a 2006. São Paulo: IBCCRIM, 2010.

CAMPOS, M. S.; ALVAREZ, M. C. Pela metade: implicações do dispositivo médico-criminal da "nova" Lei de Drogas na cidade de São Paulo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 45-74, 2017.

MACHADO, M.; PIRES, A. Intervention politique dans la sentence du droit? Fondements culturels de la peine minimale. **Criminologie**, Montréal, v. 43, n. 2, p. 89-126, 2010.

PIRES, A. P. La rationalité pénale moderne, la société du risque et la juridicisation de l'opinion publique. **Sociologie et Sociétés**, Montréal, v. 33, n. 1, p. 179-204, 2001.

O Consumo de Drogas e seus Controles

Frederico Policarpo[1]

1 INTRODUÇÃO

Neste artigo, apresenta-se uma reflexão sobre o modo de funcionamento dos controles institucionais sobre o consumo de drogas. Mostra-se como mudanças legais e processuais interferem nas práticas dos operadores do sistema de justiça e, consequentemente, afetam a oferta de serviços aos usuários de drogas.

O reenquadramento do uso de drogas como um "crime de menor potencial ofensivo" e a criação de uma nova Lei de Drogas, extinguindo a pena de prisão para o uso e incrementando a punição para o tráfico, provocaram mudanças nas práticas de controle institucionais. Essas mudanças, ao contrário do efeito esperado, levaram a administração institucional do consumo de drogas para a informalidade, fazendo com que o sistema de justiça deixe de se responsabilizar pelo tratamento oferecido aos usuários, ao mesmo tempo em que dá margem a práticas oficiosas de controle.

Os dados apresentados são fruto de pesquisas que realizei entre os anos de 2005 e 2012, durante minha formação na área de antropologia. Os resultados foram publicados em 2016 (Policarpo, 2016). Neste artigo, apenas uma parte dos dados é apresentada: aquela referente ao sistema de justiça na cidade do Rio de Janeiro. A metodologia utilizada foi o trabalho de campo etnográfico, privilegiando a observação direta e o diálogo com os interlocutores ao longo de meses de pesquisa.[2]

2 JULGANDO OS USUÁRIOS DE DROGAS

Nos últimos anos, o Brasil tem realizado reformas legislativas importantes no que diz respeito à administração institucional do consumo drogas. Desde 2001, quando o uso passou a ser considerado um "crime de menor potencial ofensivo", a legislação brasileira tem adotado uma postura menos repressora contra o usuário, deslocando o julgamento das varas criminais para os juizados especiais criminais (JECrims). Os JECrims julgam casos menos graves e, além disso, criam dispositivos que abrem espaço para a flexibilização dos procedimentos criminais. Esses dispositivos são vistos como uma grande novidade para o ordenamento jurídico brasileiro porque são despenalizadores, na medida em que criam medidas alternativas ao processo criminal. A inovação do JECrim é exatamente nesse ponto, pois flexibiliza o chamado "princípio da obrigatoriedade", que determina que o Ministério Público tem que levar adiante os procedimentos criminais quando toma conhecimento de um crime. O JECrim permite que o Ministério Público negocie uma proposta de medida alternativa ao processo criminal (Amorim *et al.*, 2003; Grinover *et al.*, 1997).

Confirmando essa nova postura mais flexível com relação ao consumo de drogas, em 2002 o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro cria, na Vara de Execuções Penais, o Programa Justiça Terapêutica (PJT), para atender os usuários de drogas oriundos dos JECrims. Para deixar o argumento mais objetivo,

1. Antropólogo, professor do curso de graduação em políticas públicas e da Pós-Graduação em Sociologia e Direito na Universidade Federal Fluminense (UFF) e pesquisador vinculado ao Instituto de Estudos Comparados em Administração de Conflitos (InEAC) da UFF.

2. A literatura antropológica que discute o método etnográfico é simplesmente muito extensa para ser citada aqui. Apenas se destaca o trabalho de Malinowski (2018), que pode ser considerado o exemplo clássico de etnografia. Mais próximo do recorte da pesquisa deste artigo, em que é apresentada uma discussão sobre a diferença entre o "fazer etnográfico" e o "fazer jurídico", ver Lima e Baptista (2014).

é preciso destacar dois pontos. Em primeiro lugar, é importante ressaltar que nunca houve a obrigação legal por parte dos JECrims em fazer o encaminhamento ao programa, dependendo da negociação entre o juiz ou o promotor e o usuário durante a audiência. O PJT foi criado como uma alternativa, abrindo a possibilidade para o sistema judicial adotar uma abordagem psicossocial ao tema das drogas, que não somente a repressiva. A nova Lei de Drogas – Lei nº 11.343 –, em vigor desde 2006, acentuou ainda mais esta tendência, ao abolir definitivamente a pena de prisão para os usuários de drogas. Contudo, e esse é o segundo ponto, essa nova lei manteve os mesmos procedimentos criminais da lei anterior. Ainda hoje, persiste a obrigatoriedade de que o indivíduo flagrado consumindo drogas tenha que ser levado à delegacia, deva prestar depoimento e comprometer-se a comparecer no JECrim para a audiência judicial, estando sujeito às seguintes medidas: advertência verbal, prestação de serviço à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo e, em último caso, multa.

Portanto, com o reenquadramento do uso de drogas como um "crime de menor potencial ofensivo", colocando seu julgamento no âmbito do JECrim, parecia que o sistema de justiça brasileiro estava, finalmente, disposto a tratar o tema das drogas fora do viés meramente criminalizante. A criação do PJT abriu essa possibilidade, na medida em que deixava disponível um grupo de psicólogos e assistentes sociais para os JECrims encaminharem os usuários de drogas. Meus dados de pesquisa, porém, apontaram para a direção inversa.

Em resumo, a flexibilização provocada pelos JECrims, com a possibilidade das medidas alternativas, foi aproveitada pelo sistema judicial, mas não com o mesmo objetivo do PJT, que era oferecer atendimento especializado aos usuários de drogas. Por razões que são apresentadas a seguir, outras medidas alternativas, como a multa, foram privilegiadas em detrimento do encaminhamento para o PJT. A partir da observação dessa prática, examinam-se algumas de suas implicações em outras etapas do processo de construção social do crime (Misse, 1999) relativo ao uso de drogas. Por fim, a discussão desse objeto continua relevante nos dias atuais porque os procedimentos criminais acerca da Lei de Drogas não mudaram. Espera-se que este breve artigo incentive novas pesquisas sobre o tema.

3 O BOICOTE

Quando iniciei meu trabalho de campo indo às sessões do PJT no ano de 2006, percebi que o número de casos encaminhados pelos JECrims era muito baixo. Isto foi confirmado por meio de entrevistas com psicólogas e assistentes sociais que coordenavam o programa. Elas diziam que o programa estava sendo "boicotado" pelos operadores do JECrim, que estavam parando de fazer o encaminhamento. Deve-se dizer que foi solicitado o levantamento dos casos para os cartórios dos JECrims pesquisados, mas sem retorno. Ainda hoje consta no *site* do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro um levantamento, sem muito detalhamento, do período jan./2003-jun./2005, o mesmo à época da pesquisa, em 2006.[3] Fazendo-me valer da perspectiva etnográfica, que enfatiza a produção de dados qualitativos, decidi seguir a pesquisa e, para compreender o que se passava, comecei a frequentar as audiências dos JECrims que se localizavam no prédio do Tribunal de Justiça do Rio. A conclusão da pesquisa foi que os operadores dos JECrims estavam evitando encaminhar os casos para o PJT por conta de uma preocupação estritamente burocrático-administrativa: com o encaminhamento, o tempo da execução processual aumentava, o que fazia com que os casos demorassem mais para serem encerrados.

Ao invés do encaminhamento para o PJT, outras medidas eram tomadas. A multa, convertida na compra de cestas básicas doadas às instituições conveniadas, era a preferida. Bastava o acusado apresentar o

3. Mais informações em: <https://goo.gl/3Tc8v7>. Acesso em: 5 out. 2018.

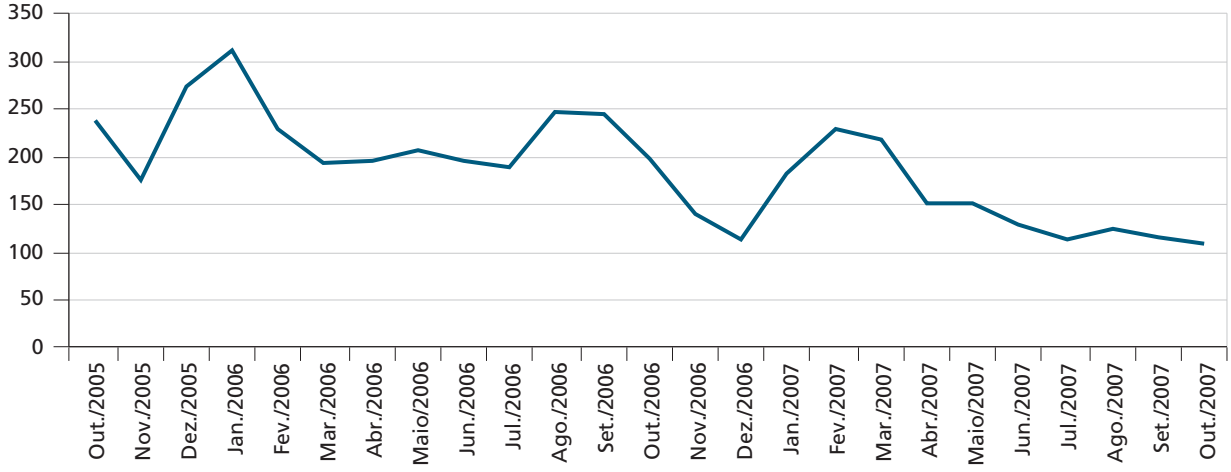
comprovante da compra no cartório do JECrim e a medida alternativa teria sido cumprida, encerrando o caso. E os JECrims, por meio de um convênio com a Prefeitura, ainda passaram a oferecer um atendimento de saúde ao usuário de drogas, concorrente ao PJT. Ou melhor, substituíram o PJT pelos serviços prestados pela Secretaria Especial de Prevenção à Dependência Química (SEPDQ), órgão da Prefeitura, e pelos grupos dos Narcóticos Anônimos (NA) e Alcóolicos Anônimos (AA). Os operadores do JECrim substituíram a medida alternativa do PJT por essas outras porque quase nunca o acusado era apresentado às opções. Prevalecia uma única opção: aceitar ou não a medida alternativa que já tinha sido elaborada pelo Ministério Público. Portanto, não se apresentavam as diferentes opções de atendimento. O PJT foi "boicotado" e excluído das opções e, no lugar, apareceram a SEPDQ, o NA e o AA.

A grande vantagem, do ponto de vista processual, era que essas três medidas eram controladas pelo próprio cartório do JECrim, como no caso da multa. Isso representava uma grande economia de tempo na execução da medida.

O objetivo inicial do PJT, que era oferecer um atendimento judicial adequado aos usuários de drogas, ficou submetido ao "princípio da celeridade processual", o aspecto mais celebrado dos JECrims. Em nome da rapidez processual, os JECrims fizeram o convênio com a Prefeitura do Rio e com o NA e o AA, o que significou o esvaziamento e, finalmente, a extinção do PJT no final de 2006. Neste sentido, podemos dizer que a celeridade processual conseguida pelo JECrim foi, de fato, eficiente para o cumprimento processual da medida. E só. Pois se considerarmos que a preocupação do PJT era oferecer uma medida alternativa aos usuários de drogas, e não ao processo judicial, a eficiência da celeridade pode ser questionada.

Logo após observar esse "boicote" do sistema de justiça, percebeu-se que outra transformação estava em curso: os casos de uso de drogas simplesmente estavam desaparecendo do sistema de justiça depois da entrada em vigor da atual Lei de Drogas, no final de 2006. Dessa vez, tive acesso aos dados de registro de ocorrência produzidos pelo Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro (ISP-RJ). O gráfico 1 mostra a incidência anual das ocorrências registradas de posse ou uso de drogas no estado do Rio de Janeiro, entre os anos de 2005 e 2007.[4]

GRÁFICO 1
Posse ou uso de drogas no estado do Rio de Janeiro (2005-2007)



Fonte: ISP-RJ.

4. Esse gráfico, bem como o gráfico 2, foram trabalhados com mais profundidade em Grillo, Policarpo e Veríssimo (2011).

Mais uma vez, o que, à primeira vista, poderia ser comemorado como um avanço no sentido da descriminalização das drogas, produzia uma consequência perversa. O que estava ocorrendo era o deslocamento da administração institucional do uso de drogas: da negociação oficial nos JECrims para a negociação oficiosa, nas ruas.

4 DA ESFERA OFICIAL À ESFERA OFICIOSA

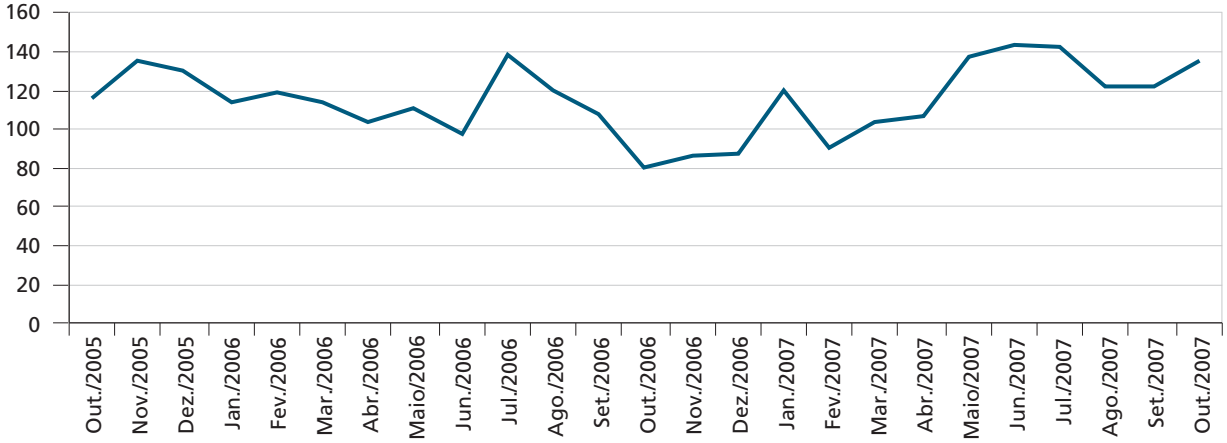
Em outras palavras, a diminuição dos números de audiências de uso de drogas parece estar relacionada à diminuição da importância dada ao crime por uso de drogas, em especial por conta da extinção da pena de prisão para o usuário trazida pela nova lei. No entanto, como os procedimentos criminais mantiveram-se os mesmos, com a obrigação da detenção dos flagrados usando drogas e seu posterior encaminhamento para o JECrim, a polícia ficou com a responsabilidade de administrar esses casos nas ruas.

Desse modo, há, mesmo que indiretamente, o incentivo por parte do Judiciário para que o crime por uso de drogas seja administrado institucionalmente, embora oficiosamente, pela polícia. Essa situação entre a legalidade e a ilegalidade legitima a administração do uso de drogas como um "ilegalismo" (Foucault, 2004). Mas não há nada de novo nessa observação. Por estar o tempo todo circulando entre o legal e o ilegal e controlando quem passa, ou não, de uma condição à outra, alguns policiais transformam esse poder em um verdadeiro comércio de mercadorias políticas (Misse, 1999). Como o usuário de drogas participa de um mercado que transaciona mercadorias criminalizadas de produção privada – caracterizando o tráfico de drogas –, se ele for pego pela polícia, o registro do flagrante – o relaxamento por meio dos procedimentos criminais, como a tipificação por uso ou tráfico etc. – passa a ser uma mercadoria.

Mas a negociação em torno dessas mercadorias, desses "bens públicos de monopólio estatal" (Misse, 2003), não é privilégio da polícia, sendo perceptível em outras esferas do aparelho de Estado. Aqui, só se chama a atenção para o reforço do "desenrolo" (Grillo, Policarpo e Veríssimo, 2011), isto é, em que a situação decorrente do flagrante é resolvida na rua por meio da negociação com os policiais, sem chegar à esfera judicial. A especificidade dessa situação, no caso do uso de drogas, é que ela parece se repetir com o aval cada vez maior do Judiciário, tornando-se a regra.

Paralelamente à naturalização da negociação informal policial como forma legítima de administração do uso de drogas, a nova lei também resultou no endurecimento penal de outro crime: o tráfico. Em contraste com a diminuição dos registros de uso de drogas apontada no gráfico 1, após a nova lei entrar em vigor, os casos registrados como tráfico aumentaram, conforme indica o gráfico 2.

GRÁFICO 2
Tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro (2005-2007)



Fonte: ISP-RJ.

Portanto, é possível observar que, se por um lado a nova lei abrandou a punição ao usuário, por outro ela intensificou a repressão ao traficante, tornando os procedimentos criminais mais rigorosos e a pena de prisão mais severa. Mas, apesar de a nova lei tentar separar ao máximo o uso do tráfico de drogas, aplicando tratamentos repressivos opostos a cada um desses crimes, na prática essa distinção está longe de ser clara.

Isto acontece porque a própria legislação não fornece uma definição clara e objetiva do que seja um traficante e um usuário. Uma simples consulta ao texto da lei permite observar que as ações que caracterizam o uso são praticamente idênticas às do tráfico. O problema, contudo, é a aplicação de tratamentos repressivos muito diferentes a cada um deles.

Como a tipificação criminal entre uso de drogas e tráfico de drogas é contextual, e não objetiva, ou seja, a caracterização entre esses crimes depende somente da situação do flagrante, estabelece-se, quase que obrigatoriamente, uma correlação entre os crimes de tráfico e de uso de drogas no momento da repressão. É preciso, primeiramente, levar em consideração o contexto, e só depois o crime é tipificado.

O constante fluxo entre a caracterização de traficante e de usuário, em que o que determina a tipificação final é a avaliação do repressor sobre o contexto do flagrante, é um elemento importante para a gestão do uso de drogas como um "ilegalismo". Como a punição ao tráfico ficou mais rigorosa, o comércio das mercadorias políticas para o usuário também sofreu impacto. A negociação do valor do flagrante de um usuário inflacionou – afinal de contas, de acordo com o contexto, ele pode deixar de ser um usuário e passar a ser um traficante. Dados da entrevista com um policial militar mostram que a estratégia para aumentar o poder de barganha durante a negociação do flagrante segue nessa direção. O entrevistado disse que, quando o policial quer "ganhar uma grana maior" do usuário que é flagrado, ele "instiga" o detido a realizar ações que o incriminem, como gritar com o policial ou responder a provocações, podendo ser preso por desacato e resistência à prisão, e, em situações mais sérias, o policial pode provocar uma "confissão" de tráfico:

> é forçar o cara a dizer que tá levando a droga pra alguém: "Você aí com dois papelotes, tava levando pra alguém. Pra quem? Não é só seu não, é melhor falar!".
>
> Força, força, até o cara falar: "É, tava levando pra usar com minha namorada...".
>
> Pronto! Aí os policiais falam: "Tá preso, vambora. Você confessou. Isso é tráfico." (informação verbal PM).

É possível concluir, portanto, que, paradoxalmente, a nova Lei de Drogas acabou por incrementar o mercado das mercadorias políticas, em que o valor da classificação, no momento do flagrante policial, entre uso ou tráfico, aumentou. Outras pesquisas sobre o tema, que têm como pano de fundo a nova Lei de Drogas, reforçam essa conclusão.

Em sua pesquisa com os policiais militares acerca da administração do uso de drogas, Oberling (2011) fornece dados compatíveis. Primeiro, ela mostra como a polícia pode funcionar como um "grande balcão de negócios":

> é interessante notar que a polícia representa[,] para muitos policiais com os quais conversei[,] um grande balcão de negócios. Um campo de oportunidades que é necessário ter conhecimento e "olho bom" para vislumbrar quais atividades e empreendimentos trazem lucro. Ser policial é abrir para uma série de possibilidades: "descolar" uma "arma" para garantir ou vender segurança, utilizar a estrutura do batalhão para "vender serviços", "vender escalas"[,] o uso da "carteira de PM" ou insígnia para

> obter vantagens financeiras ou conferir "credibilidade" ao trabalho, ter uma estabilidade como garantia para "tocar outros negócios", entre outras. Nesse ambiente tudo pode ser negociado e transformado em mercadorias comercializadas, num processo de constante particularização do espaço público (Oberling, 2011, p. 195).

E, em segundo lugar, ela diz que, no caso do uso de drogas, os policiais deixavam claro que "a punição 'faz parte do jogo'" (Oberling, 2011, p. 184). Portanto, se você usa drogas, você tem que ser punido de alguma forma. A maneira como você vai ser classificado e qual a forma de punição que vai receber cabe aos policiais militares decidirem:

> (...) mesmo antes da promulgação da lei, já era comum que os "viciados" fossem dispensados sem o registro da posse para uso na delegacia. *A negociação geralmente se resolve nas ruas[,] a depender de quem é a pessoa que estava sendo abordada e onde estava sendo abordada*. Da mesma forma que cria uma modulação de punição que vai variar de pessoa para pessoa. Para os policiais que participaram desta pesquisa o crime parece não se deixar reconhecer pela droga, embora explicitem em seus discursos que o problema da lei é a ausência de critérios objetivos, mas passa pelo reconhecimento do criminoso que está associado diretamente a outros elementos: a classe social, das redes de relacionamento, do lugar de moradia, da capacidade de negociação, as expectativas da polícia e da sociedade, e das circunstâncias do flagrante daquele que é pego com drogas (Oberling, 2011, p. 199-200, grifos nossos).

Na mesma direção segue a pesquisa de Boiteux (2008). O foco de sua pesquisa não é mais a Polícia Militar, mas o Poder Judiciário, em particular os juízes. Ela examina sentenças e acórdãos judiciais com o objetivo de observar a aplicação de um novo dispositivo legal criado pela nova Lei de Drogas. Esse dispositivo (§ 4º, Artigo 33 da Lei nº 11.343/2006), como destaca a autora, "objetivou estabelecer uma diferenciação entre os traficantes de pequeno, de médio e de grande porte, de forma que aos criminalizados primários ou ocupantes de posições inferiores na hierarquia do fenômeno social do tráfico de drogas fosse imposta pena privativa de liberdade de menor quantidade" (*ibidem,* p. 86-87).

Porém, tal como os policiais militares descritos por Oberling (2011), as decisões dos juízes estudadas por Boiteux (2008) não se pautam exclusivamente pela lei. A conclusão de Boiteux é a seguinte:

> *não obstante a prevalência quantitativa de sujeitos criminalizados primários, de bons antecedentes e cuja conduta não esteja tipificada em concurso material com o crime de associação para o tráfico,* comprovou-se uma resistência das instâncias ordinárias e do próprio STJ em aplicá-la aos réus que, em tese, fariam jus ao benefício.
>
> A resistência de aplicação advém não somente de fundamentos dogmáticos (materiais e processuais), mas também da conjugação, de um lado, da ausência de parâmetros objetivos de aferição dos requisitos da minorante – deficiência legislativa – e, de outro, da persistência de uma visão preconceituosa, inadequada e estereotipada, do traficante de drogas. Ter sido condenado por tráfico de drogas consiste em um *second code* que geralmente determina a aplicação mais rigorosa e rarefeita dos instrumentos legais que beneficiam o sujeito criminalizado, tal qual a minorante do art. 33 (Boiteux, 2008, p. 104, grifos nossos).

A pesquisa de Campos e Alvarez (2017), que examinam quase o mesmo período, mas no contexto da cidade de São Paulo, chega a conclusões similares. Os autores constroem uma série

temporal entre 2004 e 2009, que apresenta resultados parecidos com os deste artigo: após 2006, há o aumento progressivo na incriminação de traficantes (87,5%), ao mesmo tempo em que há a diminuição de usuários incriminados (12,5%). Além disso, Campos e Alvarez indicam que, de 2004 a 2009, as chances de uma pessoa ser incriminada por tráfico de drogas em relação ao uso de drogas aumentaram aproximadamente quatro vezes (3,95). Por fim, a pesquisa dos autores conclui que, embora a nova Lei de Drogas abra a possibilidade para atendimento de saúde ao uso de drogas, o seu efeito é perverso: "produz uma maneira de governar os usuários e os traficantes que trouxe, como uma de suas principais consequências, a intensificação da criminalização por tráfico de drogas e a rejeição do deslocamento do usuário para outro sistema que não o sistema de justiça criminal" (*ibidem,* 2017).

Para resumir, o que todas essas pesquisas mostram é que tanto os operadores dos JECrims quanto os policiais militares e os juízes parecem adotar posturas diversas com relação ao uso de drogas. Embora a referência formal seja a mesma lei – a Lei de Drogas – e as três instituições sejam comumente pensadas como fazendo parte de um mesmo sistema – o sistema de justiça criminal –, o que se observa é uma multiplicidade de valores e práticas institucionalizadas, porém informais. O *sistema de justiça criminal*, no singular, poderia ser denominado, portanto, de *sistemas de justiças criminais*, no plural (Lima, 2008).

Nesse contexto em que "o crime parece não se deixar reconhecer pela droga", como sugeriu Oberling (2011), a evocação ao uso ou tráfico de droga parece ser utilizada como um poderoso detonador de agenciamentos legais imprevisíveis. Não são apenas os usuários que usam as drogas do jeito que querem. Cada instituição do sistema de justiça criminal também usa a droga do jeito que quer.

5 CONCLUSÃO

O objetivo deste artigo foi mostrar o modo de funcionamento da lei no caso do uso de drogas. Focando uma perspectiva etnográfica sobre as práticas de controle, foi possível observar como os procedimentos legais são atualizados rotineiramente pelos operadores de justiça. Espera-se ter demonstrado que boas ideias não devem ficar restritas ao texto da lei. É preciso verificar como essas mudanças são atualizadas na prática e quais os efeitos sobre o que se visa controlar.

As mudanças na lei examinadas aqui – o reenquadramento do uso de drogas como um "crime de menor potencial ofensivo" a ser julgado no JECrim e a criação da nova Lei de Drogas – não representaram uma nova forma de o Estado brasileiro lidar com o consumo de drogas. Pelo contrário, reforçaram práticas informais e violentas do aparato estatal já bem conhecidas, ao mesmo tempo em que desobrigaram o sistema de justiça de lidar com esses casos.

Infelizmente, o cenário atual em torno do debate sobre o uso de drogas indica que a situação retratada se mantém: o número de mortes provocado pelo combate ao tráfico continua sendo indecente em um regime democrático; o destaque atual dado às comunidades terapêuticas como forma de tratamento aos usuários de drogas segue na contramão das recomendações científicas; e, finalmente, a explosão do número de mulheres presas como traficantes nos últimos anos sugere que o Estado brasileiro muda para ficar sempre igual.

Não há saída mágica. Mas a única certeza é que, para mudar, é preciso fazer algo diferente. Para isso, é preciso encarar o debate sobre os efeitos da "guerra às drogas" de forma séria e sem preconceitos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Maria Stella *et al.* **Juizados especiais criminais, sistema judicial e sociedade no Brasil**. Niterói: Intertexto, 2003.

BOITEUX, Luciana. **Tráfico de drogas e constituição**. Resumo do projeto de pesquisa apresentado ao Ministério da Justiça/Pnud no projeto Pensando o Direito. Brasília: MJ, 2008.

CAMPOS, Marcelo da Silveira; ALVAREZ, Marcos César. Pela metade: implicações do dispositivo médico-criminal da "nova" Lei de Drogas na cidade de São Paulo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 45-74, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.

GRILLO, Carolina C.; POLICARPO, Frederico; VERÍSSIMO, Marcos. A "dura" e o "desenrolo": efeitos práticos da nova Lei de Drogas no Rio de Janeiro. **Revista de Sociologia e Política**, v. 19, p. 135-148, 2011.

GRINOVER, Ada Pellegrini *et al*. **Juizados especiais criminais**: comentários à Lei 9.099. 2. ed. São Paulo: R. dos Tribunais, 1997.

LIMA, Roberto Kant. **Ensaios de antropologia e de direito**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.

LIMA, Roberto Kant; BAPTISTA, Barbara L. Como a antropologia pode contribuir para a pesquisa jurídica? Um desafio metodológico. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 39, n. 1, p. 9-37, 2014.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. São Paulo: Ubu Editora, 2018.

MISSE, Michel. **Malandros, marginais e vagabundos**: a acumulação social da violência no Rio de Janeiro. 1999. Tese (Doutorado) – Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência. *In:* BAPTISTA, Marcos *et al.* (Orgs.). **Drogas e Pós- modernidade 2**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003.

OBERLING, Alessandra. **Maconheiro, dependente, viciado ou traficante?** Representações e práticas dos policiais militares sobre o consumo e o comércio de drogas na cidade do Rio de Janeiro. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2011.

POLICARPO, Frederico. **O consumo de drogas e seus controles**. Rio de Janeiro: Ed. Consequencia, 2016.

Escolhas Morais e Evidências Científicas no Debate sobre Política de Drogas

Mauricio Fiore[1]

1 INTRODUÇÃO

Uma premissa básica para a qualificação do debate sobre política de drogas é a demarcação mais exata do seu objeto. Defende-se que esse objeto é, basicamente, o planejamento e a avaliação dos papéis desempenhados pelo Estado diante do fenômeno do consumo de substâncias capazes de alterar o funcionamento neuropsíquico chamadas, há algum tempo, de drogas.[2] Essa premissa baseia-se no reconhecimento de que o fenômeno do uso de drogas é muito mais amplo e historicamente precedente à política de drogas. As drogas e seus usos nunca estiveram apartados daquilo que chamamos de maneira genérica e sociologicamente controversa de sociedade, e, assim, a eles foram atribuídos sentidos e prescrições diversas.

Somente quando a forma de organização contemporânea primordial, o Estado, consolida-se e passa a ocupar papel relevante no conjunto de prescrições formais estabelecidas para lidar com a historicamente recente "questão das drogas" é que podemos falar de políticas de drogas.[3] Ou seja, ao demarcar o campo da política de drogas, evitamos uma confusão entre Estado e sociedade cujos resultados são bastante empobrecedores para o debate, seja na perspectiva acadêmica, seja na construção política mais direta. E, ao se demarcar essa diferença, não se busca exagerar o papel do Estado; ao contrário, reconhece-se que as drogas e seus usos, como atos sociais e morais, tanto extrapolam as capacidades prescritivas do Estado quanto moldam essa prescrições por meio de ações políticas diretas e indiretas.

O objetivo deste artigo é apresentar, em um formato sintético, alguns pontos de tensão entre as evidências científicas e as escolhas políticas no debate sobre drogas no contexto no qual o paradigma proibicionista, ainda hegemônico, vem se enfraquecendo.

2 O PARADIGMA PROIBICIONISTA E SEUS PRESSUPOSTOS

Há uma extensa literatura sobre a instituição do paradigma que se tornou internacionalmente hegemônico na regulação estatal sobre a questão das drogas e que ficou conhecido como proibicionismo. Uma das características históricas mais fundamentais para sua compreensão é que ele limitou as prescrições formais dos Estados a um conjunto específico de substâncias psicoativas, justamente aquelas que ficaram conhecidas na linguagem comum como drogas.[4] O importante, para os fins deste artigo, é que o paradigma proibicionista baseou-se em dois pressupostos lógicos: *i)* o uso de determinadas substâncias é intrinsecamente danoso para o indivíduo e para a sociedade e, portanto, o Estado tem mandato jurídico para impedi-lo; e *ii)* estabelecido o impedimento jurídico do consumo, a melhor forma de evitá-lo é perseguir criminalmente produtores, distribuidores e, sob algumas especificidades, consumidores dessas substâncias.

---

1. Antropólogo, pesquisador do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e editor da *Platô: Drogas e Políticas*, publicação científica da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD).

2. Para uma discussão mais alongada sobre o conceito de drogas e seus usos no debate público, ver Fiore (2007).

3. Evidentemente, isso não significa que as relações políticas não estavam presentes, mas apenas que a instituição social de uma "questão das drogas" e a subsequente formalização de papéis estatais sobre ela significam uma mudança fundamental.

4. Opioides, notadamente a heroína, a cocaína e a maconha, foram os objetos principais de formulação do paradigma. Para uma discussão um pouco mais detida da literatura, ver Fiore (2012).

Dos fatores históricos que, com diferentes pesos, explicam o fortalecimento do paradigma proibicionista ao longo do século XX, é possível dizer que muitos seguem vigorosos para sua manutenção nas duas décadas desse século: aversão moral e religiosa à alteração de consciência; temor dos danos associados ao uso de drogas – notadamente a dependência; interesses econômicos e geopolíticos; e distribuição desigual da influência política em sociedades cortadas por clivagens econômicas e étnico-raciais. Outros poderiam ser elencados e nenhum responde, isoladamente, à consolidação do paradigma proibicionista como resposta estatal à questão das drogas.

Sem o primeiro pressuposto do paradigma proibicionista, a interdição do uso em nome do bem individual e coletivo está assentada em um valor moral de sobreposição da sociedade ao indivíduo, por meio da prescrição formal do Estado. As evidências de que essa prática é ou pode ser danosa estão em um outro ponto do debate, justamente porque os usos de drogas são práticas sociais complexas, que não se limitam a um desejo voluntário de autodano ou dano alheio. Exemplificando de forma mais prática, não é necessária uma investigação científica aprofundada para saber que colidir um veículo automotor em alta velocidade a uma parede provocará um dano à pessoa que o guia e a quem lhe estiver próximo. Mas o Estado prescinde de proibir que se causem acidentes, limitando-se a vetar condutas que aumentam a chance de eles ocorrem, como a extrema aceleração. A interdição do consumo de drogas assume esse ato como o próprio dano, e não o aumento de sua possibilidade, para ficar apenas em um exemplo.

Esse é um dos efeitos do paradigma proibicionista no debate das evidências sobre drogas, que não vemos em outros temas. Não se considera a vedação completa da circulação de carros por conta da inevitável ocorrência de acidentes. Mas, com as drogas, os contendores terminam por concentrar esforços na demonstração de que as drogas são ou não danosas, para que se defina se alguém poderá consumi-las. As fissuras no paradigma proibicionista, que se propagam internacionalmente, fizeram florescer perspectivas muito mais interessantes sobre a complexidade do papel das drogas nas sociedades humanas, e de como minorar os danos a elas associados. Progressivamente nos livramos, seja no âmbito da ciência, seja no debate politico, da estéril pergunta “drogas são boas ou ruins?”.

3 O ESTADO ENTRE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E ESCOLHAS POLÍTICAS

O Estado não se isola de prescrições morais mais amplas da sociedade em que está inserido. O álcool, por exemplo, amplamente consumido e historicamente normalizado, é objeto de regulações estatais muito menos restritas do que a cocaína, droga ligada a significados sociais mais negativos. Dinamicamente, a amplitude do consumo e a média geral da percepção sobre as drogas retroalimentam as políticas sobre o tema.

À dinâmica entre as diferentes prescrições morais e as resistências a elas somam-se a atores que falam a partir de outros espaços sociais. Poderiam ser citadas, por exemplo, as organizações religiosas, que participam diretamente na formulação e na disseminação de prescrições a respeito das drogas e de seus usos. Mas, para fins deste artigo, chamo a atenção para o campo científico, cujo papel tem sido mais e mais relevante no debate sobre drogas, na medida em que um de seus requisitos é a busca permanente pela objetividade e pela minimização de vieses de natureza moral ou subjetiva. A profusão de pesquisas e dados, que eram escassos até bem pouco tempo, permitiu avanço inédito na compressão dos mais variados aspectos do uso de drogas.

Tornou-se um chavão do debate, entretanto, colocar-se “ao lado” das evidências – algo que não é exclusivo a esse tema, é verdade. As discordâncias são associadas a posições ideológicas distantes das

evidências.[5] Esquematicamente, a acusação contra aqueles que querem a mudança no atual paradigma proibicionista – o que ficou conhecido como campo antiproibicionista – é a de que se baseiam em uma defesa ideológica do consumo de drogas, e não na produção do bem coletivo, muitas vezes porque são eles próprios consumidores ou "simpatizantes". Já aos defensores da manutenção da repressão formal rígida a quem produz, vende ou mesmo usa drogas é imputada a ideologia oposta, o conservadorismo de origem moralista, também ignorante das evidências dos danos causados pela proibição aos usuários e não usuários.

Assumindo o risco de um excesso retórico, é possível dizer que ambas as acusações procedem, menos porque um dos lados seja detentor de alguma pureza racional e desinteressada capaz de afastar vícios ideológicos, e mais porque a discussão sobre política de drogas não pode se encerrar em evidências científicas: o debate sobre políticas de drogas, como o termo deveria, por si só, demonstrar, é um debate político. Não há evidências científicas, por robustas que sejam, capazes de definir as políticas "corretas". Os dados e as demonstrações factuais são fundamentais para que análises racionais e realistas sejam logicamente sustentadas, mas políticas são construídas por entre valores e escolhas morais.

Por isso mesmo, como dito anteriormente, convém não confundir escolhas morais com moralismo. A não aceitação do uso de drogas como prática normalizada é um fenômeno social a ser investigado e discutido sob diversas perspectivas, mas sempre sob uma perspectiva democrática do Estado, orientada pelos preceitos da tolerância. Ao mesmo tempo, os diversos usos de drogas e os significados que atribuímos a eles são atos morais, e, informalmente, as sociedades continuarão a julgar essa conduta. O problema é quando ocorre uma colonização da política de drogas por valores morais radicais, que ignoram os limites do Estado democrático e, assim, reduzem a discussão. Que temas como aborto, drogas e orientação sexual sejam frequentemente classificados como "morais", ou de "costumes", é um sintoma da confusão entre Estado e sociedade. Mas esse fenômeno é tão estranho quanto ignorar o que há de escolha moral, quando discutimos temas que são considerados "técnicos", como os sistemas tributário e previdenciário.

Nas últimas duas décadas, o conhecimento produzido a respeito das drogas, dos seus usos e das consequências da intervenção, ou omissão, dos Estados sobre eles – da política de drogas, portanto – evoluiu drasticamente. Isso permitiu que variáveis antes ignoradas pudessem orientar as escolhas políticas para além de um único critério, como o "funciona ou não funciona". As perguntas colocadas para nortear a avaliação da política de drogas tornaram-se mais numerosas e mais complexas, tanto do ponto de vista técnico quanto do ponto de vista político. Por exemplo, é cada vez menos aceitável limitar os impactos relacionados à proibição de uma substância como a maconha, na saúde pública, unicamente ao universo de seus usuários. Assim, o possível aumento da prevalência, da quantidade e da potência da maconha consumida, que seriam decorrência da aceitação legal de seu consumo, devem ser considerados tanto quanto as evidências sobre a violência a que estão submetidos, por conta dos conflitos e da repressão ao comércio dessa e de outras drogas, enormes contingentes populacionais que residem ou circulam por locais mais vulneráveis.

Um bom exemplo da tentativa de ampliar os critérios normativos de avaliação em política de drogas foi proposto por Rogeberg *et al.* (2018). Com o objetivo de comparar políticas mais ou menos restritivas para o álcool e para a maconha, os autores propuseram um conjunto de critérios instigante para avaliar políticas de drogas, tanto aquelas em vigor quanto as que se encontram em fase de planejamento, antecipando consequências esperadas de acordo com as evidências disponíveis.

5. O autor desenvolveu mais esse ponto em Fiore (no prelo).

Os autores dividiram essas variáveis em sete domínios, que, por sua vez, dividem-se em dois ou mais aspectos, apresentados no box 1.

BOX 1
Critérios políticos para avaliação de política de drogas

Saúde
- redução de danos aos usuários;
- redução de danos aos não usuários;
- promoção de mudança de hábito para consumo de substâncias/formas de uso menos danosas;
- encorajamento do cuidado e do tratamento;
- melhora a qualidade das drogas consumidas.

Social
- promoção/permissão da educação sobre drogas;
- promoção/permissão do uso terapêutico/medicinal;
- promoção/permissão de pesquisas científicas;
- proteção aos direitos humanos;
- proteção à liberdade individual;
- promoção da coesão comunitária;
- promoção da coesão familiar.

Político
- apoio à segurança e ao desenvolvimento internacional;
- redução da influência da indústria.

Público
- promoção do bem-estar coletivo;
- proteção de crianças e jovens;
- proteção dos mais vulneráveis;
- respeito à liberdade cultural e religiosa.

Crime
- redução da criminalização de usuários;
- redução da capacidade financeira de redes criminais;
- redução de crimes violentos;
- redução de crimes corporativos;
- prevenção de crime organizado.

Economia
- geração de ganhos fiscais;
- diminuição de dispêndios públicos.

Custos
- custo de implantação da política;
- custo de manutenção da política.

Fonte: Adaptado e traduzido por Rogeberg *et al.* (2018).

Desnecessário dizer que esses critérios políticos poderiam ser diferentes, caso outras substâncias e outros contextos estivessem em análise. E que, por ser político, o critério se faz a partir de alguns pressupostos (acredita-se que o mais óbvio deles é a não criminalização dos usuários, considerado um valor sim próprio). Sua apresentação aqui tem o objetivo de salientar como a ampliação do repertório de critérios qualifica o debate. Eles não servem, no entanto, como uma fórmula capaz de, por meio de processo aritméticos, definir a melhor política a seguir. Os próprios autores ponderaram esses critérios de maneira diversa, e o peso político de cada um deles é, de fato, peculiar. Alguns estão ligados diretamente à viabilidade da implementação de uma política, com seus custos financeiros e burocráticos. Outros são de difícil mensuração e acentuado peso político, como a proteção de crianças e de adolescentes e a redução de crimes violentos.

Também é necessário considerar – e isso ajuda-nos a pensar a natureza do planejamento em política de drogas – que esses critérios permitem avaliações ambíguas, ou que apresentam resultados simultaneamente opostos. Por exemplo, no critério de "promoção da coesão social", os prejuízos relacionados a uma política menos restritiva de acesso ao álcool, nos conflitos interpessoais, devem

ser considerados ao lado do papel historicamente relevante do consumo dessa substância na produção de coesão em congraçamentos e rituais de sociabilidade.

O exemplo da política sobre o álcool serve-nos para retomar as sutilezas das diferenças entre Estado e sociedade, na construção de valores sociais mais amplos atribuídos ao consumo de drogas. A convivência entre aqueles que manifestam aversão radical ao consumo de bebidas alcóolicas e grupos numerosos de pessoas, que bebem cotidianamente, será exposta às políticas de drogas da mesma forma, o que requer estratégias específicas para, por um lado, diminuir a grande quantidade de danos associados ao álcool, mas, por outro, não promover estigmatização e intolerância contra quem o consome. Além disso, há fatores econômicos e sociais envolvidos, o que impede que, para cada um desses critérios, consiga-se um "ótimo" de soma zero. Chega-se, contudo, a opções políticas que implicarão custos a cada ganho alcançado.

Ainda no exemplo do álcool, o conjunto de políticas conhecido como controles ambientais – que envolve a limitação da publicidade e a forte tributação no ciclo econômico das bebidas – tem como objetivo direto diminuir a "normalização" do ato de beber, buscando evitar a experimentação precoce e a quantidade consumida. No entanto, as consequências e as respostas dos atores envolvidos nunca estarão, ao menos em uma desejável perspectiva democrática do Estado, sob controle. Estratégias adaptativas de agentes econômicos e alterações nas dinâmicas culturais são desafiadoras aos critérios avaliativos em políticas para o álcool e para qualquer outra droga.

Reconhecer esses limites da política de drogas, ao contrário do que a primeira impressão pode sugerir, implica o seu fortalecimento. A permanente reavaliação de políticas deve respeitar as peculiaridades de cada substância e manter instrumentos flexíveis, como um rápido olhar sobre o panorama de regulação do tabaco e da maconha pode indicar. O tabaco passou praticamente incólume a qualquer tentativa de regulação estatal mais estrita até as últimas décadas do século passado, o que é explicável, em grande parte, pela capacidade de ingerência política de seus principais agentes econômicos, que buscaram fazer do seu uso um consumo de massa. Em pouco tempo, as mortes relacionadas ao consumo de tabaco tornaram-se internacionalmente epidêmicas. As respostas estatais recentes, parte de um esforço internacional, implementaram medidas restritivas e disseminaram informações acerca dos riscos envolvidos no consumo de cigarros. Ao mesmo tempo, e não apenas como resultado das medidas formais, a percepção sobre o tabaco vem se deteriorando. Assim, os desafios que se apresentam agora já não são os mesmos de trinta anos atrás.

Com a maconha acontece como que o inverso. Depois de ser exageradamente proscrita formalmente pelas políticas estatais, a maconha, mesmo que ilícita na grande maioria dos países do mundo, está sendo socialmente "normalizada". Três países já a regulamentaram de diferentes maneiras, e é especialmente interessante o exercício de comparação entre eles. Mas um pressuposto normativo se impõe: não permitir que algo parecido com o tabaco do século XX aconteça com a maconha no século XXI, evitando-se, contudo, que algo parecido com o que foi feito com a maconha no século XX seja feito ao tabaco no século XXI.[6]

4 A SUPERAÇÃO DO PROIBICIONISMO EM CONTEXTOS DESIGUAIS

Escapava aos objetivos deste artigo empreender uma defesa de uma ou outra política de drogas, mas se supõe que minha posição a respeito do paradigma proibicionista tenha se delineado. O proibicionismo é exemplo de política de drogas baseada em escolhas morais autoritárias e pouco tolerantes, sustentada

6. Fischer *et al.* (2017) revisaram o que há de evidências disponíveis sobre danos associados ao consumo de maconha para qualificar o debate sobre modelos de regulação.

por poucas evidências confiáveis. Este artigo limita-se a comentar dois aspectos especialmente perversos desse paradigma. Em primeiro lugar, ele aciona uma divisão simplista entre as substâncias, separando-as basicamente em dois tipos: proibidas e permitidas. Colonizado pela agenda moral que sustenta a proibição desde o seu início, o Estado termina por emular, em sua política, a divisão entre droga boa e droga ruim, oferecendo como resposta para as primeiras uma regulação normalmente mais frouxa (o caso do álcool no Brasil é exemplar), e a radical proibição para as segundas. Impede, assim, que matizes menos radicais, que não ignoram os danos potenciais das drogas, possam ser consideradas, de fato, no debate.

Em segundo lugar, a história do paradigma proibicionista, como muitas das políticas públicas implementadas pelos Estados, fez-se por uma apropriação desigual do *locus* de decisão política pelos diferentes atores sociais, não obstante sua formalização representativa. Dessa forma, as consequências das políticas de drogas são avaliadas a partir de pesos políticos muito desiguais. Exemplo mais dramático dessa desigualdade é a banalização da vitimização fatal e do encarceramento precoce de populações que residem em zonas pobres e periféricas do país, grande parte delas sob a justificativa da repressão ao tráfico, ou sob a égide arbitrária dos seus controladores. A minimização dos danos relacionados ao consumo dessas substâncias hoje ilícitas é um objetivo inescapável de qualquer política, mas a urgência de se reavaliar o atual modelo teria outro apelo, caso as vítimas fossem brancas e moradoras de bairros de classes média e alta. Nos Estados Unidos, a comparação entre o crescimento do uso de *crack* nos anos 1980 e 1990 e a explosão de mortes por overdose de opioides na década atual é um bom exemplo de mobilização desigual da opinião pública. Enquanto no primeiro caso, em que a comunidade negra era o grupo populacional sobrerrepresentado entre consumidores, a demanda foi prioritariamente por ações criminalizantes, a vitimização preponderante de brancos, por conta do uso descontrolado de opioides, tem despertado de maneira muito mais frequente cobranças públicas, sob a perspectiva do controle e do cuidado em saúde pública.

O engajamento político e acadêmico no processo histórico de substituição do paradigma proibicionista, cuja inexorabilidade torna-se, dia após dia, mais evidente, deveria pautar-se pela não repetição de seus pressupostos autoritários e de seus critérios simplistas, mas por uma perspectiva política abrangente e sensível à diversidade e, principalmente, à desigualdade na distribuição de seus efeitos.

REFERÊNCIAS

FIORE, M. **Uso de "drogas"**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Ed. Mercado de Letras, 2007.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, n. 92, p. 9-21, 2012.

_____. A política do debate sobre política de drogas. *In:* NETTO, F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). **Maconha**: usos, políticas e interfaces com a saúde e direitos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, no prelo.

FISCHER, B. *et al.* Lower-risk cannabis use guidelines: a comprehensive update of evidence and recommendations. **American Journal of Public Health**, v. 107, n. 8, p. 1-12, 2017.

ROGEBERG, O. *et al.* A new approach to formulating and appraising drug policy: a multi-criterion decision analysis applied to alcohol and cannabis regulation. **International Journal of Drug Policy**, v. 56, p. 144-152, 2018.

Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre Drogas

Débora Medeiros[1]
Luís Fernando Tófoli[2]

1 INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas (Minayo e Deslandes, 1998). Do ponto de vista histórico, sabe-se que a relação da humanidade com os psicoativos, para os quais utilizaremos aqui também a denominação genérica *drogas*, é um fenômeno antigo e persistente: com exceção de populações habitantes de zonas árticas, completamente desprovidas de vegetação, não há um só grupo humano que não tenha se relacionado com substâncias psicoativas (Escohotado, 1998). As motivações existentes para o estabelecimento de uma relação tão prolongada foram diversas: a busca do prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor e a expansão da consciência, com alteração de seus estados ordinários (Filev, 2015).

Chama a atenção, contudo, que, apesar de o consumo sistemático de psicoativos ser uma prática constatada desde tempos remotos, tenha sido somente ao longo do século XX que o uso de algumas dessas substâncias consolidou-se como um campo de atenção, debate e preocupação social e de Estado (Fiore, 2008). Foi a partir deste momento que, elevada ao patamar de *questão social*, a problemática das drogas passou a ser balizada por três formações discursivas fundamentais: a medicalização, a criminalização e a moralização (*ibidem*).

Assim, a pressão moralista contra as drogas, que remonta ao final do século XIX e início do século XX, não só precedeu a elaboração das leis sobre psicoativos, mas lhe serviu de substrato (Rodrigues, 2008). Da mesma forma, a incriminação das drogas proibidas legitima-se socialmente por meio da proteção ao bem jurídico da saúde pública (Taffarello, 2009).

Ao longo do século XX, tornou-se hegemônica uma forma específica de atuação do Estado no que se refere à problemática das drogas, o *proibicionismo*. Trata-se de um modelo que incorpora diversos aspectos de pânico moral em relação às substâncias psicoativas. Um de seus marcos internacionais importantes aconteceu em 1961, na Convenção Única sobre Entorpecentes, sob chancela da Organização das Nações Unidas (ONU) e com patrocínio dos Estados Unidos (Fiore, 2012).

A gênese e a difusão do proibicionismo são frutos de uma conjunção de fatores sociais, políticos e econômicos. Para a construção de sua hegemonia contribuíram a radicalização política do puritanismo norte-americano, o temor das elites sociais em relação à desordem urbana, os conflitos geopolíticos do século XX e o interesse da indústria médico-farmacêutica pelo monopólio da produção de drogas. Entre todas as substâncias psicoativas, os principais alvos do proibicionismo contemporâneo foram os derivados da *cannabis* (maconha), da coca (cocaína/*crack*) e da papoula (ópio e heroína) (Fiore, 2012).

1. Médica psiquiatra, mestranda em saúde coletiva e conselheira no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo.

2. Médico psiquiatra, doutor em medicina (psiquiatria) pela Universidade de São Paulo (USP), professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e cofundador do Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (Leipsi) da Unicamp.

Conhecidos os discursos que permeiam a abordagem da problemática das drogas e considerando que o proibicionismo, ao estabelecer limites arbitrários para usos de drogas legais e ilegais, modulou o entendimento contemporâneo sobre substâncias psicoativas e mesmo a produção científica relacionada a elas (Fiore, 2012), é objetivo do presente trabalho analisar alguns mitos e evidências que permeiam a construção das políticas sobre drogas.

Buscaremos, nas seções que seguem, avaliar, à luz das evidências científicas, os pressupostos e as concepções presentes no *paradigma proibicionista* (Fiore, 2012) e no *ideário de guerra às drogas* (Faria, 2017), além de outras crenças do senso comum acerca das substâncias psicoativas ilícitas, aqui denominadas conjuntamente como *mitos presentes na construção das políticas sobre drogas*.

Visando facilitar a compreensão do leitor, dividiremos estes mitos em três categorias, quais sejam: aqueles relacionados à natureza das substâncias psicoativas ilícitas ou associados ao risco do uso de drogas; os que se associam aos resultados almejados com a sua proibição; e aqueles que se associam aos resultados temidos de sua descriminalização.

2 MITOS RELACIONADOS À NATUREZA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS E AO RISCO DE SEU USO

No que tange à problemática das drogas, décadas de aproximação entre o discurso da medicalização e da criminalização resultaram em uma concepção amplamente difundida de que o uso de qualquer uma das drogas proscritas seria física e mentalmente danoso (o que poderia ocorrer em curto ou médio prazo), podendo levar, inclusive, à morte por deterioração geral da saúde ou intoxicação acidental (overdose) (Fiore, 2012).

Ainda de acordo com Fiore (2012), possui grande capilaridade a ideia de que as drogas ilícitas, de um modo geral, causariam facilmente dependência, uma vez que um consumo inicialmente prazeroso levaria à repetição do uso, à substituição por substâncias mais potentes, à perda de autocontrole e mesmo à violência, dada a dificuldade dos usuários em bancar novas doses.

Para fins de avaliação da validade dessas concepções à luz de evidências científicas, consideramos relevantes dados disponíveis acerca do risco de toxicidade associado ao uso agudo de substâncias lícitas e ilícitas, o potencial de ambos os tipos de substâncias para provocar dependência, bem como a percepção do risco do uso para o usuário e a sociedade de acordo com especialistas.

Para comparar substâncias psicoativas em função de sua toxicidade letal aguda, Gable (2004) estabeleceu, baseando-se em uma ampla revisão de dados literatura, uma razão de segurança (*security ratio*) para uma lista de substâncias lícitas e ilícitas, comparando sua dose aguda letal com as doses mais comumente utilizadas para propósitos não médicos.

Os dados obtidos pelo autor permitem-nos perceber que o potencial de uma substância de causar uma intoxicação aguda fatal não guarda relação direta com seu *status* legal. Assim, para este aspecto específico, a maconha e a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) demonstraram uma razão de segurança em torno de cem vezes maior que a do álcool, enquanto a cocaína apresentou uma razão de segurança 50% maior (Gable, 2004). A grande exceção para esta regra foi o uso intravenoso (injetável) de heroína que, segundo os mesmos parâmetros, mostrou-se somente 20% menos seguro que o álcool (*ibidem*), droga legal utilizada por metade dos adultos e em torno de um quarto dos adolescentes brasileiros (Laranjeira, 2014).

Cabe ainda ressaltar que este maior risco associado ao uso agudo de substâncias lícitas, em relação a diversas substâncias ilícitas, não foi um achado isolado. Outros autores, utilizando

metodologias distintas, também classificaram o álcool como a substância associada ao maior risco, em uma escala populacional (sendo este comumente subestimado), e o tetraidrocanabinol (THC) como estando dentro de limites de segurança, tanto em uma avaliação individual quanto populacional (Lachenmeier e Rehm, 2015).

Assim como se dá em relação aos riscos de toxicidade associados ao uso agudo de drogas, são igualmente inconsistentes, diante das evidências, as concepções hegemônicas relacionadas ao potencial das drogas ilícitas em causar dependência e aos riscos que seu uso pode acarretar ao usuário ou a terceiros.

Entre todos aqueles que entram em contato com estas substâncias – em 2015, aproximadamente 250 milhões de pessoas fizeram uso de alguma droga em todo o mundo –, um percentual em torno de 12% desenvolve um padrão de uso arriscado, ao ponto de desenvolver dependência e necessitar de tratamento clínico (UNODC, 2017).

Da mesma forma, especialistas europeus de diversas áreas relacionadas à problemática das drogas, ao avaliar a capacidade destas de produzir danos ao usuário ou a terceiros, demonstraram que o *status* legal de uma substância psicoativa não se correlaciona diretamente à sua capacidade de produzir dano. Novamente, o álcool mostrou-se a mais danosa entre as vinte substâncias analisadas (Nutt, King e Phillips, 2010; Van Amsterdam *et al.*, 2015).

Ao lado de uma percepção equivocada do risco associado ao uso das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, o proibicionismo difundiu, por meio da classificação e do controle das drogas, a ideia de que as drogas ilícitas praticamente não teriam potencial terapêutico.

Assim, somente alguns psicoativos, como opioides, tranquilizantes benzodiazepínicos e anfetaminas, têm permissão para serem utilizados em tratamentos médicos para condições como a dor e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), enquanto a metilenodioximetanfetamina (MDMA) e os psicodélicos são proibidos e não se encontram disponíveis para uso terapêutico, ou, como no caso da *cannabis*, ainda não se encontram globalmente regulamentados (Nutt, King e Nichols, 2013).

Esta condição não corresponde às evidências científicas relativas ao potencial uso terapêutico de substâncias proscritas. Os derivados da *cannabis* apresentam evidência de eficácia no tratamento da espasticidade associada à esclerose múltipla (Zajicek *et al.*, 2012) e da neuropatia dolorosa associada ao HIV (Abrams *et al.*, 2007).

Há, ainda, a possibilidade de utilização da *cannabis* como tratamento sintomático no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Passie *et al.,* 2012) e de um de seus canabinoides, o canabidiol (CBD), como adjuvante no tratamento de pacientes portadores de epilepsias graves e refratárias, de início na infância (Stockings *et al.*, 2018).

Em relação à MDMA, seu uso já foi aprovado pelo Food and Drugs Administration (FDA) como terapia inovadora (*breakthrough therapy*) para o tratamento experimental de pacientes com TEPT, tendo sido demonstrado alívio sintomático sustentado dos sintomas do transtorno em pacientes refratários aos tratamentos tradicionais (Mithoefer *et al.*, 2013).

Da mesma forma, a dietilamida do LSD, em dose única, apresenta efeitos benéficos no tratamento de transtornos associados ao uso de álcool, validados em metanálise (Krebs e Johansen, 2012). Há, ainda, demonstração de potenciais benefícios do uso do LSD como adjuvante da psicoterapia, em pacientes portadores de doenças ameaçadoras à vida (Gasser *et al.*, 2014).

Cabe destacar, por fim, que a forma de regulamentação das drogas associada à hegemonia do proibicionismo configurou um obstáculo importante para a pesquisa científica de substâncias proscritas (Nutt, 2015).

3 MITOS RELACIONADOS AOS RESULTADOS ALMEJADOS PELA PROIBIÇÃO DAS DROGAS

Contidas no *ideário de guerra às drogas* e no *paradigma proibicionista* encontram-se concepções que se relacionam aos resultados esperados das políticas de proibição de determinadas drogas.

Faria (2017) destaca, a esse respeito, o ideal de que as drogas ilegais e seu uso podem e devem ser erradicados, bem como o incentivo a modalidades de encarceramento – criminal ou sanitário – como uma solução para a problemática das drogas. Da mesma forma, vigora o entendimento de que a atuação ideal do Estado para combater as drogas é criminalizar tanto a sua circulação quanto o seu consumo (Fiore, 2012). Há, além disso, a concepção de que a proibição das drogas resultaria em uma proteção ao bem jurídico da saúde pública (Taffarello, 2009).

Nada poderia estar mais distante da realidade. Apesar do compromisso adotado pela ONU, em 1998, de os países-membros aderirem a estratégias para eliminar ou reduzir significativamente o cultivo ilegal da coca, da *cannabis* e da papoula (o mesmo se aplicando aos psicoativos manufaturados), até o ano de 2008 (White, 2012) o consumo dos psicoativos ilícitos segue ocorrendo, movimentando um comércio altamente lucrativo e de demanda estável (Souza, 2015).

Da mesma forma, o encarceramento em massa (Moore e Elkavich, 2008; Brasil, 2017) e a violência associada à proibição das drogas (Werb *et al.,* 2011) não contribuíram para melhoria do acesso à saúde ou para a redução dos riscos sanitários.

Na população carcerária, o que se verifica é uma prevalência aumentada para os transtornos relacionados ao uso de substâncias, demonstrada tanto em dados internacionais (Fazel, Bains e Doll, 2006) quanto nacionais (Canazaro e Argimon, 2010). Ainda na população prisional brasileira, verifica-se um risco 28 vezes maior que o da população geral para contrair tuberculose e uma taxa de mortes violentas intencionais mais de seis vezes superior àquela observada em todo o Brasil, em 2013 (Brasil, 2014).

Fora das prisões, as políticas proibicionistas sobre drogas também se associam à violência. Aqui, o maior exemplo internacional é o caso do México, em que a decisão do ex-presidente Felipe Calderón, em 2006, de utilizar a força militar em áreas civis para combater o tráfico, acarretou uma epidemia de violência que se alastrou também pela América Central (OAS, 2013).

No México, o incremento das mortes por homicídio, em especial entre os jovens, impediu o aumento da expectativa de vida entre os homens no país, e, em alguns estados, pareceu ser o principal responsável pela diminuição da expectativa de vida entre os homens de 15 a 75 anos (González-Pérez, Vega-López e Cabrera-Piraval, 2012). Ainda na América Latina, Mejía e Restrepo estimaram que em torno de 25% da taxa de homicídios na Colômbia é explicada pelo pujante mercado de cocaína e pela guerra às drogas no país (Mejía e Restrepo, 2013).

De maneira análoga, a declaração de guerra às drogas pelo presidente das Filipinas, Rodrigo Duterte, eleito em 2016, associou-se a uma escalada de violência, encarceramento e mortes evitáveis (McCall, 2017), com mais de 7 mil mortes associadas à implementação desta política em poucos meses governo (HRW, 2017).

Cabe, ainda, a demonstração de que as políticas de proibição das drogas não se aplicam de forma equânime para toda a população, mas apresentam forte viés racial.

Nos Estados Unidos, a guerra às drogas relaciona-se a um processo de erosão de legislações que restringem a atuação policial, e a um aumento da brutalidade policial dirigida à minoria de afro-americanos, sem que tenha havido uma correspondente redução do uso e do comércio de drogas nas ruas (Cooper, 2015). Ainda nesse país, os crimes relacionados às drogas correspondem a aproximadamente metade da população prisional nos presídios federais, e os negros têm seis vezes mais chances de serem encarcerados que os brancos (Sentencing Project, 2014).

Analogamente, entre 2009 e 2016, mais de 20 mil pessoas foram mortas no Brasil em decorrência de ações policiais, majoritariamente homens, jovens e negros (FBSP, 2017). Em nosso país, o crime que mais contribui isoladamente para o encarceramento em massa (e seus consequentes riscos à saúde) é o tráfico de drogas, responsável por privar de liberdade 26% da população carcerária masculina e 62% da feminina (Brasil, 2017).

Aqui, como nos Estados Unidos, também ocorre sobrerrepresentação de negros na população carcerária (64% *versus* 53% de negros na população geral), que também é majoritariamente jovem (55%) e de baixa escolaridade (80% não completou o ensino médio) (Brasil, 2017).

Demonstramos, deste modo, que as ideias prevalentes sobre os resultados esperados da aplicação das políticas proibicionistas sobre drogas – proteção da saúde pública, eliminação das substâncias ilícitas e aplicação equânime de políticas públicas – não se justificam diante das evidências científicas acumuladas.

4 MITOS RELACIONADOS À FLEXIBILIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PROIBICIONISTAS SOBRE DROGAS

Apesar das evidências científicas acumuladas apontarem fortemente para a ineficácia e para os danos sociais e à saúde pública das políticas proibicionistas sobre drogas, estas seguem sendo aplicadas, e é grande a resistência das instituições para alterá-las.

Um dos fatores que contribui para este cenário são os receios associados à flexibilização destas políticas, especialmente a ideia de que a flexibilização das políticas de drogas levaria a um aumento indiscriminado do uso. Esta concepção, contudo, não se verifica quando são estudadas, por exemplo, as experiências de mudanças da legislação relacionada a uma ou mais substâncias ilícitas.

Ao avaliar alterações relacionadas ao padrão de uso da maconha após sua descriminalização[3] na Austrália, Bretteville-Jensen e Williams (2011) observaram que esta flexibilização parece reduzir a idade de início de uso, mantendo inalterada a proporção da população que irá iniciar o uso da droga. Os mesmos autores replicaram essa observação, ou seja, de que o impacto da descriminalização concentra-se na juventude, porém evidenciaram que este impacto restringe-se aos primeiros cinco anos seguintes à implementação da política, não sendo observado após este período (Williams e Bretteville-Jensen, 2014).

Da mesma forma, ao avaliar dados das políticas sobre drogas na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália, especialistas relataram que não se pode estabelecer nenhuma relação sistemática entre as políticas sobre drogas e a prevalência do uso da maconha (Maag, 2003). O mesmo estudo conclui, também, que os custos sociais relacionados às legislações restritivas e às consequências negativas da descriminalização do uso podem ser solucionadas pela descriminalização (*ibidem*).

Há, ainda, dados disponíveis acerca da experiência portuguesa de descriminalização do uso de todas as drogas. Autores que se dedicaram a analisar os resultados dessa política evidenciaram que, ao contrário do que se esperava, não houve aumento importante do uso, tendo se verificado ainda uma

3. É importante notar que o conceito de descriminalização refere-se a tirar da esfera da justiça o uso ou o porte de drogas, mantendo o tráfico ainda como conduta criminalizada.

redução do uso problemático e dos danos relacionados às drogas, além de uma redução da sobrecarga da justiça criminal (Hughes e Stevens, 2010).

Interessante notar, também, que a interpretação das evidências geradas pela experiência portuguesa (que se mostra positiva, apesar de suas nuances) vem sendo feita de forma seletiva tanto por defensores da descriminalização quanto por seus críticos (Hughes e Stevens, 2012).

5 CONCLUSÃO

As políticas sobre drogas foram, ao longo do século XX, hegemonizadas pelo paradigma proibicionista que, sendo dotado de forte caráter de pânico moral em relação aos psicoativos, promoveu a difusão de diversos mitos relacionados a estas substâncias, aos benefícios de sua proibição e aos malefícios de uma flexibilização das legislações relativas ao tema.

A perpetuação destas concepções equivocadas, ou imprecisas, vem produzindo, ao longo das últimas décadas, impactos negativos sobre a saúde e a segurança públicas, especialmente sentidos pelas populações mais vulneráveis, como os usuários problemáticos de drogas e as populações feminina e negra.

Na literatura científica, um acumulado de evidências indica a necessidade de alteração das políticas proibicionistas sobre drogas e aponta caminhos para realização de tais mudanças.

Assim, a descriminalização do porte de drogas para uso pessoal e das pequenas vendas, a redução da violência policial e da discriminação, no contexto do policiamento, a abordagem de redução de danos e a avaliação científica dos mercados regulados são caminhos propostos para a construção de políticas sobre drogas, baseadas nas evidências disponíveis até o momento (Csete *et al.*, 2016).

Reiteramos, por fim, a necessidade de avaliação rigorosa das evidências produzidas a partir das experiências de flexibilização das políticas sobre drogas, uma vez que o uso seletivo de evidências não favorece a construção de abordagens cientificamente embasadas e livres de mitos.

BOX 1
Mitos presentes na construção das políticas sobre drogas

- o uso de drogas ilícitas é sempre problemático ou leva à dependência;
- as drogas ilícitas são mais tóxicas e têm maior chance de levar à morte por overdose;
- as substâncias ilícitas foram banidas por causar maior dano ao usuário ou à sociedade;
- as drogas ilícitas não têm potencial de uso terapêutico;
- é possível erradicar as drogas ilegais e banir completamente o seu uso;
- o Estado deve criminalizar e punir o uso e o comércio de drogas para solucionar a questão social das drogas;
- a criminalização do uso e do comércio de drogas afeta igualmente toda a população;
- a flexibilização das políticas sobre drogas levaria ao aumento indiscriminado do uso.

Elaboração dos autores.

BOX 2
Evidências científicas acumuladas sobre a problemática das drogas

- uma minoria – em torno de 12% – dos usuários de drogas evolui para um padrão de dependência e necessitará de tratamento;
- há substâncias lícitas, como o álcool, que possuem segurança muito menor que diversas drogas ilícitas, em relação ao risco de causar morte por overdose;
- não se verifica uma correlação entre a capacidade avaliada de uma droga causar danos e seu *status* legal;
- diversas substâncias proscritas demonstraram potencial para uso terapêutico em estudos científicos;
- a demanda pelas drogas permanece estável, apesar das políticas de criminalização;
- a descriminalização do uso e dos pequenos crimes relacionados ao comércio de drogas justifica-se pelo acumulado de evidências científicas;
- a criminalização do uso de drogas atinge desproporcionalmente a população mais pobre, a população negra e a população feminina;
- não foi verificado aumento importante do uso de drogas nos países que flexibilizaram suas políticas sobre drogas.

Elaboração dos autores.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, Donald I. *et al.* Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. **Neurology**, v. 68, n. 7, p. 515-521, 2007.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**. Brasília: MJ, 2014.

_____. _____. _____. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen**: atualização junho de 2016. Brasília: MJ, 2017.

BRETTEVILLE-JENSEN, Anne Line; WILLIAMS, Jenny. **Decriminalization and initiation into cannabis use**. Melbourn: University of Melbourn, 2011. (Working Paper, n. 1130).

CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1323-1333, 2010.

COOPER, Hannah L. F. War on drugs policing and police brutality. **Substance Use and Misuse**, v. 50, n. 8-9, p. 1188-1194, 2015.

CSETE, Joanne *et al.* Public health and international drug policy: report of the Johns Hopkins. **Lancet**, London, v. 387, n. 10026, p. 1427, 2016.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

FARIA, Ed Carlos Correa de. **Redução de danos em um contexto de "guerra às drogas"**: a formação sob a perspectiva de quem atua no SUS. 2017. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

FAZEL, Seena; BAINS, Parveen; DOLL, Helen. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. **Addiction**, v. 101, n. 2, p. 181-191, 2006.

FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2017.

FILEV, Renato. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. *In:* BOKANY, Vilma (Org.). **Drogas no Brasil**: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões. São Paulo: FPA, 2015.

FIORE, Maurício. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de drogas. *In:* LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos Cebrap**, n. 92, p. 9-21, 2012.

GABLE, Robert S. Comparison of acute lethal toxicity of commonly abused psychoactive substances. **Addiction**, v. 99, n. 6, p. 686-696, 2004.

GASSER, Peter *et al.* Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 202, n. 7, p. 513, 2014.

GONZÁLEZ-PÉREZ, Guillermo Julián; VEGA-LÓPEZ, Maria Guadalupe; CABRERA-PIVARAL, Carlos Enrique. Impact of homicide on male life expectancy in Mexico. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, n. 5, p. 335-342, 2012.

HRW – HUMAN RIGHTS WATCH. **"License to kill"**: Philippine police killings in Duterte's "war on drugs". New York: HRW, 2017.

HUGHES, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?. **The British Journal of Criminology**, v. 50, n. 6, p. 999-1022, 2010.

_____; _____. A resounding success or a disastrous failure: re-examining the interpretation of evidence on the Portuguese decriminalisation of illicit drugs. **Drug and Alcohol Review**, v. 31, n. 1, p. 101-113, 2012.

KREBS, Teri S.; JOHANSEN, Pål-Ørjan. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Psychopharmacology**, v. 26, n. 7, p. 994-1002, 2012.

LACHENMEIER, Dirk W.; REHM, Jürgen. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. **Scientific Reports**, v. 5, p. 8126, 2015.

LARANJEIRA, Ronaldo. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) 2012**. São Paulo: Unifesp, 2014.

MAAG, Verena. Decriminalisation of cannabis use in Switzerland from an international perspective: European, American and Australian experiences. **International Journal of Drug Policy**, v. 14, n. 3, p. 279-281, 2003.

MCCALL, Chris. Philippines president continues his brutal war on drugs. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 21-22, 2017.

MEJIA, Daniel; RESTREPO, Pascual. **The economics of the war on illegal drug production and trafficking**. Bogotá: Universidad de los Andes, 2013. (Documento Cede, n. 2013-54).

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42,1998.

MITHOEFER, Michael C. *et al.* Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. **Journal of Psychopharmacology**, v. 27, n. 1, p. 28-39, 2013.

MOORE, Lisa D.; ELKAVICH, Amy. Who's using and who's doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 1, p. 176-180, 2008.

NUTT, David. Illegal drugs laws: clearing a 50-year-old obstacle to research. **PLoS Biology**, v. 13, n. 1, p. e1002047, 2015.

NUTT, David; KING, Leslie; NICHOLS, David. Effects of Schedule I drug laws on neuroscience research and treatment innovation. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 14, n. 8, p. 577, 2013.

NUTT, David; KING, Leslie; PHILLIPS, Lawrence. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **The Lancet**, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, 2010.

OAS – ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. **The drug problem in the Americas**. Washington: OAS, 2013.

PASSIE, Torsten *et al.* Mitigation of post-traumatic stress symptoms by Cannabis resin: a review of the clinical and neurobiological evidence. **Drug Testing and Analysis**, v. 4, n. 7-8, p. 649-659, 2012.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, guerra, proibição. *In:* LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: UFBA, 2008.

SENTENCING PROJECTS. **Trends in U.S. corrections**. Washington: Sentencing Projects, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/LpvLsA>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SOUZA, Taciana Santos de. **A economia das drogas em uma abordagem heterodoxa**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

STOCKINGS, Emily *et al.* Evidence for cannabis and cannabinoids for epilepsy: a systematic review of controlled and observational evidence. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v. 89, n. 7, p. 741-753, 2018.

TAFFARELLO, Rogerio Fernando. **Drogas**: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal. 2009. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

UNODC – UNITED NATION ORGANIZATION FOR DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017**. Vienna: UNODC, 2017.

VAN AMSTERDAM, Jan *et al.* European rating of drug harms. **Journal of Psychopharmacology**, v. 29, n. 6, p. 655-660, 2015.

WERB, Dan *et al.* Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. **International Journal of Drug Policy**, v. 22, n. 2, p. 87-94, 2011.

WHITE, Tony. The drug-free world. **Substance Use and Misuse**, v. 47, n. 13-14, p. 1637-1639, 2012.

WILLIAMS, Jenny; BRETTEVILLE-JENSEN, Anne Line. Does liberalizing cannabis laws increase cannabis use?. **Journal of Health Economics**, v. 36, p. 20-32, 2014.

ZAJICEK, John Peter *et al.* Multiple sclerosis and extract of cannabis: results of the Musec trial. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, v. 83, n. 11, p. 1125-1132, 2012.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

GROTENHERMEN, Franjo. The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. **Chemistry and Biodiversity**, v. 4, n. 8, p. 1744-1769, 2007.

WHITEFORD, Harvey A. *et al.* The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. **PloS One**, v. 10, n. 2, p. e0116820, 2015.

A Política do Ministério da Saúde na Atenção às Pessoas em Uso Problemático de Álcool e Outras Drogas: avanços e retrocessos

Andrea Gallassi[1]

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990), é um conjunto de ações e serviços que busca garantir acesso à saúde para toda população brasileira. Este acesso vai desde ações simples, como aferição de pressão e consultas de profissionais de saúde, por exemplo, até ações mais complexas, como a realização de exames e cirurgias.

O SUS é responsável por regular e organizar, em todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de atenção em cada esfera de governo: federal, estadual, municipal/distrital. São princípios do SUS: o acesso universal público e gratuito às ações e aos serviços de saúde; a integralidade das ações, em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de atenção do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por conselhos municipais, estaduais/distrital e nacional de saúde, com representação dos usuários, dos trabalhadores, dos prestadores de serviços, das organizações da sociedade civil e das instituições formadoras. A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do SUS.

O início do processo de reforma psiquiátrica no Brasil é contemporâneo à reforma sanitária – que deu origem ao SUS – em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde mental. Embora contemporâneos, o processo de reforma psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita em um contexto internacional de mudanças pela superação do modelo asilar como forma de tratamento dos transtornos mentais e dos problemas decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas (Andreoli *et al.*, 2007).

Fundado ao final dos anos 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico ou nos manicômios e na conjunção dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, a reforma psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. Ela é um processo político e social complexo, compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Barros e Salles, 2011).

Nesse sentido, este artigo tem por objetivo discorrer sobre a política do Ministério da Saúde (MS) na atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, apontando avanços, desafios e retrocessos presentes ao longo de seu processo de construção e implementação.

1. Professora adjunta do curso de graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (PPGCTS/FCE/UnB) e coordenadora-geral do Centro de Referência sobre Drogas e Vulnerabilidades Associadas da FCE/UnB.

2 OS AVANÇOS NO CUIDADO DAS PESSOAS QUE USAM DROGAS

Em 2001, a Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), que redireciona a assistência em saúde mental, é sancionada no país. Ela privilegia o oferecimento de tratamento em liberdade, ou seja, fora dos hospitais psiquiátricos, em serviços de base comunitária – com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) –, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, sua promulgação impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil que segue até os dias de hoje.

O CAPS, serviço estratégico dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), tem a tarefa de promover a articulação entre os outros serviços de saúde, é de base territorial, de portas abertas e oferece cuidado a pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais, uso problemático de álcool e outras drogas e sua ambiência (espaço inter-relacional do sujeito com o local, as pessoas e as coisas). Sua equipe é formada por diferentes profissionais, como enfermeiros, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, entre outros, que desenvolvem suas ações pautadas no vínculo entre a pessoa e o serviço, no acolhimento e no Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é construído pelo profissional do serviço junto com a pessoa e planeja as ações que serão feitas durante o tratamento, englobando vários campos da vida, dentro e fora do serviço; ele deve ser revisto sempre que necessário, levando em conta os desejos da pessoa e seu processo de reabilitação com vistas ao resgate de sua autonomia (Gallassi *et al.*, 2016; Lacerda e Fuentes-Rojas, 2016).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimentos individuais e em grupo à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento médico, psicológico e ocupacional, bem como a reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de saúde mental criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS diferenciam-se pelo porte, pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida, e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros.

O CAPS Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) é voltado para realizar o atendimento de adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas. É parte da Raps, funciona vinte e quatro horas, dependendo do município, e conta com, no máximo, doze leitos para observação e monitoramento (Brasil, 2012).

Mesmo com os avanços legais e institucionais promovidos pelas reformas sanitária e psiquiátrica, as saúdes pública e mental não se ocuparam devidamente do tema prevenção e tratamento das pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas. Produziu-se, historicamente, uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando a questão das drogas para instituições de justiça, segurança pública, benemerência, associações religiosas e outros. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação, em todo o país, de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado. Este cenário aponta a necessidade de assunção, pela saúde pública, de uma política mais clara e incisiva para o problema (Pereira *et al.*, 2015).

As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas relacionadas ao tema drogas não são consideradas na compreensão global do problema, e a percepção distorcida da realidade desta questão acabou por promover a disseminação de uma cultura que associa o uso de drogas à criminalidade e que

combate substâncias, fazendo com que o indivíduo e o seu meio de convívio fiquem, aparentemente, relegados a um plano menos importante.

Assim, historicamente no Brasil o tema do uso problemático de álcool e outras drogas é associado a uma questão de justiça e segurança pública e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social.

Nesse sentido, reconhecendo o uso problemático de álcool e outras drogas como importante problema de saúde pública e buscando manter o tema em seu campo de pertencimento – a saúde mental – é lançado, em 2002, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, o que se transformaria, mais tarde, na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. A estratégia central dessa política é sustentar a necessidade de ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (Brasil, 2003).

Originalmente apresentada como estratégia na prevenção de doenças transmissíveis, a redução de danos é uma política do MS desde 1994 e há trinta anos internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids). No campo específico dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos situa-se como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo uso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando a pessoa em seu papel autorregulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência e incentivando-a à mobilização social (Fonseca *et al.*, 2007).

A estratégia de redução de danos vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada pessoa, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento; reconhece cada pessoa em sua singularidade, traçando com ela estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida (Paiva, Pupo e Barboza, 2006).

Assim, são estratégias de redução de danos para pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas: a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente para aqueles que não têm contato com o sistema de saúde, por meio da abordagem *in loco*, desenvolvida pelos consultórios na rua e por coletivos que atuam em regiões sabidamente de consumo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e das hepatites B e C; a elaboração e a distribuição de materiais educativos informando sobre formas mais seguras de uso e sobre as consequências negativas do uso problemático de drogas; e os de prevenção da violência no trânsito e interpessoal associada ao consumo destas substâncias (Santos, Soares e Campos, 2010).

Seguindo no esforço de recuperar o atraso histórico na abordagem do tema drogas no âmbito da saúde mental, mas, sobretudo, com o objetivo de responder a segmentos da população incomodados com a "epidemia" de *crack*, o governo federal lançou, em 2012, o programa Crack, é Possível Vencer, que tem como um de seus objetivos expandir a Raps para usuários de álcool e outras drogas, além de investir em capacitação profissional e ações de segurança pública (Brasil, 2011b). Embora bastante criticado pelo fato de ser um programa de governo focado em apenas uma droga – o *crack* –, a expansão da rede de cuidados beneficia todos que dela necessitam, e não somente aqueles com problemas relacionados ao uso desta ou daquela substância. Porém, a expansão da rede de atenção prevista no programa não se restringiu àquela de abordagem psicossocial, composta por equipamentos de bases territorial e comunitária, como os CAPS AD; a expansão também se deu na modalidade que reproduz

o modelo combatido de instituição total, como o que ocorre nas comunidades terapêuticas, em que se centraliza o tratamento em espaços fechados, com pouca articulação com outros serviços e tendo a abstinência como meta única (Gallassi e Santos, 2014).

Nesse sentido, é possível considerar que enfrentamos no Brasil, atualmente, pelo menos dois grandes desafios relacionados ao tema drogas e saúde: o recrudescimento das abordagens terapêuticas centradas na internação, na reclusão e na exclusão dos usuários de drogas, e a falta de conhecimento técnico-científico dos profissionais à luz das melhores evidências no que se refere ao cuidado de pessoas em sofrimento pelo uso de drogas.

3 OS RETROCESSOS ANUNCIADOS

Países que consideram, em suas tomadas de decisões, as evidências científicas, a proteção dos direitos humanos fundamentais e das liberdades individuais e que almejam uma sociedade menos violenta, mais justa e menos desigual, estão revendo o modelo de proibição das drogas – um dos principais pilares da falta de coesão social – e partindo para abordagens flexíveis amparadas pela ciência. Este cenário não é o observado no Brasil que, ao contrário, vem buscando ampliar propostas com vistas ao endurecimento da abordagem das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

No entanto, em que pese a profusão de evidências científicas, segmentos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário permanecem tentando aprofundar esse modelo fracassado. Por exemplo, o projeto de lei do deputado Osmar Terra (Brasil, 2013) reúne um conjunto de propostas ultrapassadas que dialogam com a Lei de Drogas do Brasil da época do regime militar, com foco na abstinência total, na preferência pelo tratamento em instituições de longa permanência e na manutenção da política criminal, com aumento de penas e internações compulsórias.

Além disso, mudanças recentes na política de saúde mental, aprovadas em dezembro de 2017 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, recolocaram medidas questionáveis, como o retorno do hospital psiquiátrico à rede de tratamento, ignorando o seu histórico de violação de direitos das pessoas com transtornos mentais, comprometendo, assim, os avanços da política de saúde mental iniciados em 2001 a partir da Lei nº 10.216 (Brasil, 2017). Ainda passou a considerar, de maneira genérica, a rede privada de comunidades terapêuticas, notadamente de vocação religiosa, como parte da rede de atenção ao uso problemático de drogas, garantindo financiamento público para um tipo de isolamento social cujo sucesso não é amparado pela literatura.

Em dezembro de 2017, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) do Ministério da Justiça (MJ), em sua primeira e única reunião do ano, apresentou uma minuta de resolução para uma "nova" política de drogas que consolida elementos dessas medidas citadas, diminuindo o investimento e o protagonismo dos espaços de cuidado em liberdade, como é o caso dos CAPS AD, e desprezando a redução de danos como estratégia terapêutica (Brasil, 2018).

As pesquisas científicas vêm produzindo dados que evidenciam a necessidade de reverter a compreensão do fenômeno uso de drogas pela perspectiva criminal, da repressão, da coerção e do medo, que instala um verdadeiro estado policial nas sociedades de todo o mundo, a favor de uma abordagem que preze pelo cuidado e pela não estigmatização das pessoas que fazem uso, de modo problemático ou não. Essas evidências caminham no sentido de que a melhor maneira de lidar com o problema é que a circulação destas substâncias seja regulada pelo Estado, diminuindo o poder das organizações criminosas e de toda a sua cadeia de influências – na política, inclusive –, beneficiando-se com os tributos oriundos deste comércio e investindo tal arrecadação em ações de tratamento e

prevenção. Esta é a aposta de nove estados norte-americanos que legalizaram toda a cadeia produtiva de maconha para fins terapêuticos e social, assim como do Uruguai, em que o Estado mantém o monopólio de toda a produção e do comércio de maconha, e do Canadá, o mais recente país a iniciar o processo de legalização da maconha para fins recreativos (para fins medicinais já o é desde 2001); além destes, todos os países da América do Sul, com exceção do Brasil, do Suriname e da Guiana, e uma dezena de países da Europa descriminalizam o porte de todas as drogas para uso pessoal (Rehm e Fischer, 2015; Godlee e Hurley, 2016; Csete *et al.*, 2016; Godlee, 2018).

A resolução proposta pelo deputado Osmar Terra afirma que "a orientação central da política nacional sobre drogas deve considerar aspectos legais, culturais e científicos", mas destaca: "em especial a posição majoritariamente contrária da população brasileira quanto a iniciativas de legalização das drogas" (Brasil, 2013).

A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), entidade com representação no Conad e que tem como principal objetivo a difusão e a popularização da ciência no país, critica a atual condução da política de drogas do Brasil para além do uso demagógico do apoio popular desinformado. Entendemos que esta resolução confronta as melhores evidências científicas produzidas nos últimos anos, recrudescendo diretrizes malsucedidas que estão sendo paulatinamente abandonadas em âmbito internacional, a favor de modelos que reposicionam os objetivos primordiais do Estado, como a promoção da saúde pública, da liberdade e dos direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ANDREOLI, S. B. *et al.* Serviços de saúde mental no Brasil. *In:* MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, S.; SALLES, M. Mental health care management in the Brazilian national health system. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 9 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: <https://goo.gl/5Nj8vz>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: MS, 2003.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Institui o programa Crack, é Possível Vencer. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011a. Disponível em: <https://goo.gl/Z9oZbQ>. Acesso em: 18 nov. 2018.

_____. 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. Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <https://goo.gl/XxKgVx>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. _____. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília: MS, 2012.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 37/2013. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/NNv9jW>. Acesso em: 18 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Brasília: MS, 2017.

_____. Ministério da Justiça. Resolução nº 01, de 9 de março de 2018. Define diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Pnad – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília: MJ, 2018. Disponível em: <https://goo.gl/EF5fC7>. Acesso em: 18 nov. 2018

CSETE, J. *et al.* Public health and international drug policy. **The Lancet**, v. 387, n. 10026, p. 1427-1480, 2016.

FONSECA, E. M. *et al.* Descentralização, Aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2134-2144, 2007.

GALLASSI, A. D. *et al.* Characteristics of clients using a community-based drug treatment service (CAPS AD) in Brazil: an exploratory study. **International Journal of Drug Policy**, v. 31, p. 99-103, 2016.

GALLASSI, A. D.; SANTOS, V. A necessária e urgente mudança na abordagem das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, p. 1-4, 2014.

GODLEE, F. Drugs should be legalised, regulated, and taxed. **British Medical Journal**, v. 361, 2018.

GODLEE, F.; HURLEY, R. The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. **British Medical Journal**, v. 355, 2016.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 363-372, 2016.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 109-119, 2006.

PEREIRA, M. N. *et al.* Princípios da abordagem psicossocial e o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais e do uso de álcool, crack e outras drogas. *In:* MAZITELLI, F. *et al.* (Orgs.). **Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade**. Curitiba: CRV, 2015.

REHM, J.; FISCHER, B. Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, v. 97, n. 6, p. 541-544, 2015.

SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 995-1015, 2010.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS, 2004.

O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de Drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico[1]

Iara Flor Richwin Ferreira[2]

1 INTRODUÇÃO

O conceito de redução de danos (RD) não apresenta sentidos unívocos e estanques, mas se inscreve em um campo polissêmico e não consensual, sendo sua própria definição um objeto de disputas e divergências (Fiore, 2006; Souza, 2007). O percurso histórico da RD no Brasil e sua atualização no campo de atenção e cuidado aos usuários de drogas também são marcados por uma multiplicidade de sentidos e por diferentes formas de abordagens, práticas, estratégias e estatutos (Andrade, 2011; Souza, 2007).

Diante desse panorama de múltiplos sentidos e diferentes possibilidades de interpretação, será apresentada brevemente a trajetória histórica traçada pela RD no Brasil, até sua consolidação atual como método clínico-político e paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas. A partir dessa circunscrição histórica e conceitual, propõe-se uma reflexão sobre a clínica com usuários de drogas orientada pelo paradigma da RD, que comparece nas práticas e nas intervenções de diferentes equipamentos de saúde como uma "ética do cuidado" (Petuco, 2014; Silva, F., 2014), promovendo inflexões e deslocamentos com relação a abordagens clínicas fundamentadas no paradigma da abstinência e no modo asilar de atenção e cuidado em saúde mental.

2 A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: DA SUBSTITUIÇÃO DE SERINGAS E OUTRAS TROCAS PARA UMA ABORDAGEM CLÍNICO-POLÍTICA ORIENTADORA DA ATENÇÃO E DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

A primeira experiência brasileira de RD deu-se em 1989, na cidade de Santos, São Paulo, e consistiu principalmente em ações de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Foi uma experiência inovadora e transgressora – profissionais envolvidos com essa experiência tiveram de enfrentar inquéritos policiais e ações judiciais (Andrade, 2011; Petuco, [s.d.]; Souza, 2013) – que, embora associada principalmente ao controle e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids), também começou a desencadear uma nova dinâmica de propostas de cuidado de si, fundamentadas no protagonismo de minorias marginalizadas, no estabelecimento de trocas afetivas e na construção de vínculos cooperativos (Souza, 2013).

A partir de 1994, por meio do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), com recursos e apoio financeiro da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) e do Banco Mundial, as ações de redução de danos foram adotadas como uma estratégia oficial do Ministério da Saúde (MS)

1. Algumas formulações deste artigo são oriundas e adaptadas da tese de doutorado da autora, intitulada *Crack: substância, corpos, dispositivos e vulnerabilidade – a psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack*, realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB) em cotutela com a École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie, da Université Paris Diderot, sob orientação do professor doutor Luiz A. M. Celes (UnB) e da professora doutora Cristina Lindenmeyer (Paris 7).

2. Psicóloga pela UnB e mestre e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da mesma instituição, em cotutela com a École Doctorale Recherches en Psychanalyse et Psychopathologie, da Université Paris Diderot. Experiência e atuação clínicas no campo da atenção e do cuidado aos usuários de drogas, no sistema socioeducativo para adolescentes em conflito com a lei do Distrito Federal e em consultório particular.

para a prevenção e o controle de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis (Andrade, 2011; Souza, 2013). Como aponta Andrade (2011), a despeito de enfrentar grande resistência por parte de diferentes setores da sociedade, os Programas de Redução de Danos (PRDs) e de troca de seringas aos poucos se fortaleceram e se estabeleceram como importante estratégia de saúde. Entre 1995 e 2003, mais de duzentos PRDs foram abertos e os trabalhadores desse campo organizaram-se progressivamente em associações, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), fundada em 1997, e a Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc), criada em 1998 (Andrade, 2011).

Como destacado por Souza (2013), consolidaram-se uma militância e uma rede em torno da RD, cujas estratégias, paulatinamente, foram deslocadas do foco da prevenção e assumiram objetivos mais amplos que o dispositivo da troca de seringas. E, mesmo se pensarmos na estratégia pontual da troca desse insumo, observa-se que se trocava muito mais do que seringas, ultrapassando sua dimensão material (Petuco, 2014; Souza, 2013). Tratavam-se, antes, de "trocas simbólicas... de seringas" (Bastos, 1998 *apud* Petuco, [s.d.]), trocas afetivas, trocas de "olhares, cuidados, informações, pedidos de encaminhamentos e demanda para tratamento da dependência química, entre outros" (Conte *et al.*, 2004, p. 76).

As ações de RD desse período promoveram resultados positivos com relação às práticas de consumo e comportamentos de risco entre usuários de drogas injetáveis (estudos multicêntricos revelaram aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV) e alcançaram reconhecimento internacional como importante estratégia do exitoso programa brasileiro de DST/Aids (Andrade, 2011). Contudo, como indicado por Souza (2013), o fortalecimento das redes e ações de RD deu-se sobre uma base de frágil sustentabilidade, pois elas eram vinculadas principalmente a organizações não governamentais (ONGs) e financiadas por organismos internacionais e por empréstimos do Banco Mundial.

Assim, muitos projetos de RD sofreram descontinuidade e diversas associações tiveram suas ações parcialmente suspensas em virtude das instabilidades das políticas de financiamento (Souza, 2013). Além disso, conforme Andrade (2011), a partir de 2003 houve uma transferência de responsabilidade sobre a disponibilização dos recursos para as ações de RD do governo federal para os estados e os municípios que, embora em princípio correta (dado que a competência para a execução das políticas de saúde é dos estados e dos municípios), foi tecnicamente inadequada, pois engendrou uma desarticulação e uma redução significativa do número de PRD no Brasil. Segundo Andrade (2011), dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) contabilizavam 279 PRDs em 2003. Em 2005, esse número caiu para 136 PRDs, que apresentavam grande fragilidade em seu funcionamento.

Paralelamente ao desmonte dos PRDs e a esses retrocessos observados no campo da redução de danos, então adstrita à prevenção de DST/HIV, a atenção e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas passaram a ter maior espaço e relevância no âmbito das políticas de saúde mental (Brasil, 2002; Souza, 2013). A questão passou a ser apropriada pelo movimento da reforma psiquiátrica, que redirecionava a assistência em saúde mental no Brasil, e o MS publicou, em 2003, a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política representou a extensão do modelo assistencial fundado no paradigma psicossocial e nos princípios do SUS e da luta antimanicomial também aos usuários de drogas (Silva, C., 2014) e estabeleceu a "lógica ampliada da redução de danos" como importante estratégia e paradigma orientador desse campo (Brasil, 2004).

Esse contexto de rearranjo constituiu um importante momento de inflexão para a RD no Brasil, que migrou do campo da prevenção e controle de DST/Aids para a pasta da saúde mental (Souza, 2013).

Dessa forma, embora a desarticulação e a redução dos PRDs tenham representado um grave retrocesso no que vinha sendo arduamente construído nesse campo (Andrade, 2011), observa-se que a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas propõe uma ampliação da RD no Brasil, conferindo-lhe o estatuto central de um paradigma e de um "método clínico-político" que se atualiza em diferentes dispositivos de atenção e cuidado, como os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Caps AD). E, a partir da implementação da Rede da Atenção Psicossocial (Raps), em 2011, a RD passa a ser inserida também como importante diretriz orientadora para a articulação dos equipamentos dessa rede – Caps AD, equipes de saúde da família, hospitais gerais, consultórios de rua, entre outros – na atenção aos usuários de drogas (Souza, 2013).

Esse breve histórico mostra que, inicialmente marginal e centrada em uma prática de ações concretas de troca de seringas, ligadas principalmente à prevenção de DST/Aids entre usuários de drogas injetáveis, a RD estabeleceu-se paulatinamente como uma lógica ampliada de produção de saúde (Souza, 2007), como uma "abordagem clínico-política" (Brasil, 2004) que adquiriu o estatuto de discurso oficial da política sanitária sobre drogas (Rui, 2012) e que foi adotada como o paradigma orientador da atenção e do cuidado aos usuários de drogas no cenário nacional. Certamente, isso não significa que os princípios e as diferentes estratégias da RD sejam automaticamente incorporados nos modos de atenção, nas rotinas e nos processos de trabalho dos variados equipamentos de saúde nos quais ela deve atuar. Muitos são os desafios e as resistências que se interpõem nesse processo.

Contudo, a dimensão paradigmática da RD, ao colocar-se como alternativa ao modelo asilar, moral, criminal ou patológico de compreensão sobre o uso de drogas, promove deslocamentos importantes com relação a abordagens clínicas fundamentadas no paradigma da abstinência e na política proibicionista, e instaura novas possibilidades de atuação clínica e terapêutica – e também política (Souza, 2013) – no campo das drogas, como será desenvolvido a seguir.

3 REDUÇÃO DE DANOS COMO PARADIGMA E COMO ÉTICA DO CUIDADO: DESLOCAMENTOS E POSSIBILIDADES CLÍNICAS

Abordar a RD como paradigma e como "método clínico-político" (Brasil, 2004) que pode operar em diferentes equipamentos de saúde implica desarticulá-la da ideia de um conjunto de práticas e estratégias, de um guia preciso ou de um roteiro prescritivo e fechado (Petuco, 2014; Souza, 2013). A RD comparece, antes de tudo, como uma "ética do cuidado" (Petuco, 2014; Silva, F., 2014), que se faz presente nos direcionamentos clínicos e nas mais diversas intervenções. Nesse sentido, cabe apresentar os princípios fundamentais da RD para discutir as inflexões e as possibilidades que essa "ética do cuidado" promove nas abordagens, nos modos de escuta e nos posicionamento clínicos.

De saída, é importante ressaltar que a RD não se opõe à abstinência em si, mas à abstinência como direção exclusiva do tratamento e como única meta possível e desejável. E propõe, como direcionamentos clínicos centrais, a diminuição dos danos físicos, psíquicos e sociais decorrentes do uso de drogas, mas, principalmente, a defesa e a "ampliação da vida" (Lancetti, 2015); o aumento do grau de liberdade, autonomia e autorregulação dos sujeitos; a reconstrução da inserção social e o desenvolvimento da cidadania (Brasil, 2004). Como destacado por Conte *et al.* (2004, p. 76), o que se iniciou pela troca de seringas, mesmo quando essa ainda era a principal prática da RD, "tomou significações de laço social, de inclusão e de cidadania".

A RD traz uma proposta de atenção e cuidado em que são fundamentais, de um lado, a implicação subjetiva e a corresponsabilidade do sujeito que busca o tratamento e, de outro,

a priorização do estabelecimento de vínculos significativos por parte dos profissionais, que também se tornam corresponsáveis pelos caminhos de cuidado a serem construídos (Brasil, 2004). Portanto, um importante direcionamento clínico da RD é a construção conjunta de estratégias terapêuticas que, como apontado por Malheiro e MacRae (2011), busca valorizar os próprios saberes e as experiências dos sujeitos que fazem uso de drogas e possibilitar que eles sejam cogestores (cogestão entendida como compartilhamento de poder) dos processos de produção de saúde. Trata-se de uma proposta coletiva e participativa de gestão, "um método coletivo de cuidado, uma clínica do coletivo" (Souza, 2007, p. 92).

Outros importantes princípios da RD são a facilitação do acesso e do acolhimento e a baixa exigência para inclusão, oferecendo aproximação e abertura e aumentando as possibilidades terapêuticas. Observa-se, assim, que a abordagem clínico-política da RD não se restringe a técnicas de mudanças comportamentais e à remoção dos hábitos de uso, mas visa promover a multiplicação das possibilidades de cuidado e tratamento – que devem ser singularizadas e coconstruídas horizontalmente –, estabelecer redes e agir no território de modo a aumentar a "superfície de contato" e os pontos de referência e suporte social para os usuários e seus familiares (Brasil, 2004).

Ao suspender a ideia da abstinência como objetivo exclusivo do tratamento, a RD suspende igualmente a homogeneização que ela implica e ressalta a importância do reconhecimento da singularidade de cada caso, das múltiplas possibilidades de vinculação com as drogas e do respeito às diferenças e escolhas individuais. No mesmo sentido, também é proposta a suspensão dos valores morais (Souza, 2013) e dos posicionamentos prescritivos (Petuco, 2014) e introduzida a aceitação de que algumas pessoas não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas, sem que isso represente a impossibilidade de outros ganhos e processos terapêuticos. Nessa perspectiva, as práticas de saúde orientadas pela "ética do cuidado" da RD "devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento" (Brasil, 2014, p. 10).

Dessa forma, os princípios da RD possibilitam romper com o binarismo reducionista que impera no campo das drogas e ressituar as questões envolvidas para além da polaridade extremada entre abstinência e recaída, sucesso ou fracasso, tudo ou nada, lícito ou ilícito, certo ou errado, redenção ou derrelicção (Assoun, 2015; Souza, 2013). Promove-se, igualmente, um alargamento do escopo clínico e terapêutico para além da substância química, o que acomoda a compreensão sobre o uso de drogas como uma intrincada e complexa articulação entre uma subjetividade, um momento sociocultural e a própria substância, tal como proposto pela tríade de Olievenstein (1986). Possibilita-se, assim, a emergência da singularidade do sujeito, de sua história e trajetória de vida, de sua inscrição no laço e organização social, de seus modos de relacionar-se com o mundo e com os outros, de seus afetos, sonhos e desejos.

Nesse sentido, é possível afirmar que os princípios da RD, ao afastarem-se de uma abordagem individualizante, patológica e criminal, levam em consideração o fato de que o uso de drogas por um sujeito é plurideterminado e pleno de sentidos, e abrem a possibilidade de que estes sejam escutados e elaborados. O deslocamento para além da droga e, como destacado por Petuco (2014, p. 138), para além do sintoma, do pecado e do crime, "permite novas palavras, novos olhares, novas práticas".

Como destacado por Souza (2013), há uma transversalidade entre a dimensão clínica e a dimensão política intrínseca à RD, na medida em que ela sofre intervenção direta do plano político e inclui como estratégia de intervenção clínica a problematização das relações de poder relacionadas ao uso de drogas. Nos princípios da RD está inscrita uma compreensão sobre o uso de drogas em que o

campo sociopolítico e cultural é considerado um elemento constitutivo e estruturante do fenômeno, e não um mero pano de fundo.

Essa transversalidade entre clínica e política carrega a potência de produzir uma "politização da escuta" e das estratégias terapêuticas, ensejando um posicionamento clínico que compreende o sujeito e seus processos subjetivos de forma estreitamente intrincada ao seu contexto histórico e cultural e às determinações e aos processos sociopolíticos. Evita-se, dessa forma, um posicionamento que consideraria a vinculação do sujeito com a droga de forma mutilada de sua dimensão sociopolítica e cultural e a patologização, a criminalização ou a individualização dos impasses dos sujeitos (Rosa, 2016).

Também relacionada à transversalidade entre clínica e política, destaca-se a potencialidade da RD de promover rupturas, resistências e subversões com relação às narrativas e aos discursos hegemônicos sobre as drogas que, construídos na lógica do proibicionismo e da guerra às drogas, são predominantemente excludentes, reducionistas, estigmatizantes e generalizantes, carregados de pressupostos morais e dominados por um tom bélico e alarmista. A rede discursiva dominante sobre as drogas – constituída por discursos midiáticos, médicos, jurídicos, científicos, religiosos e políticos – constrói e impõe uma verdade rígida e homogeneizada sobre os sujeitos, referencia sua pertença simbólica e captura-os em uma estreiteza e escassez de possibilidades identificatórias, representações, posicionamentos subjetivos e lugares no laço social (Rosa, 2016).

Dessa forma, os discursos hegemônicos sobre as drogas produzem uma série de figuras que se atualizam na cena social – o drogado, o delinquente, o noia, o cracudo, o zumbi, o adicto em recuperação –, obturam o lugar discursivo dos sujeitos, silenciando-os e fixando-os em posições marginalizadas (Rosa, 2016). Portanto, esses discursos não são sem efeitos sobre os sujeitos dos quais tratam, mas possuem um caráter constitutivo e promovem processos de subjetivação-dessubjetivação (Agamben, 2014; Foucault, 2016).

Nessa perspectiva, é possível afirmar que o paradigma da RD é contra-hegemônico. Ao descondicionar a abstinência do cuidado, propor a suspensão dos valores morais, alargar a mirada para além da droga, do sintoma, do pecado e do crime (Petuco, 2014; Silva, F., 2014) e priorizar a singularidade, bem como os saberes e as experiências dos próprios sujeitos, a RD propicia uma escuta e um posicionamento clínicos que criam condições de perturbar e romper com a consistência desses discursos dominantes. Promove-se, assim, uma ampliação radical das possibilidades de escuta e, portanto, uma abertura para o que pode ser dito e elaborado, que não é interpretado simplesmente como expressões patológicas ou deficitárias, mas acolhido como "signos de vida" dos sujeitos, modos singulares de habitar o corpo, as palavras e o mundo (Douville, 2012a; 2012b). A RD, como ética do cuidado, possibilita a emergência e o acolhimento dos discursos dissonantes e não autorizados (Petuco, 2014; Silva, F., 2014). Possibilita que os sujeitos atravessem a superfície discursiva dominante sobre as drogas (Lancetti, 2015), cavem brechas nas narrativas e interpretações hegemônicas, por onde se teçam diferenças e singularidades (Silva, F., 2014).

A ampliação das possibilidades de escuta – e de fala – promovida pela RD propicia outras condições de experiência com a linguagem, que constitui uma das mais caras ferramentas de uma clínica psicossocial. Neste ponto, faz-se oportuno mobilizar a noção de "vulnerabilidade linguística"[3] proposta por Butler (2004) e destacar que a linguagem e as palavras possuem sobre os sujeitos, nos termos da autora, um poder constitutivo, uma agência e uma performatividade ambivalentes. A vulnerabilidade

3. As formulações apresentadas doravante sobre a linguagem e a "vulnerabilidade linguística" também foram desenvolvidas, a partir de outra perspectiva analítica, na tese de doutorado da autora e em artigo submetido ao *Periódico Psicologia USP*.

linguística designa essa condição de estarmos sujeitos, a um só tempo, tanto ao caráter terapêutico, fortalecedor e transformador da linguagem, quanto ao seu caráter ameaçador, violento e excludente.

Dessa forma, as condições ampliadas de encontro e escuta clínica propiciadas pelo paradigma da RD carregam a possibilidade de desarticular e liberar a linguagem dos discursos dominantes sobre as drogas, restituindo sua vitalidade e sua potencialidade transformadora e reduzindo sua força violenta. A linguagem é viva, afirma Butler (2004, p. 29, tradução nossa), "quando ela não busca encapsular ou capturar os acontecimentos e as vidas que ela descreve". Quando ela busca efetuar essa captura, não apenas a linguagem perde sua vitalidade, mas adquire sua própria força violenta. Nesse sentido, os princípios da RD possibilitam a constituição de um espaço clínico no qual a linguagem comparece não em seu poder de restringir as possibilidades de identificação e existência, de rotular e negar os sujeitos, silenciá-los, fixá-los, hierarquizá-los e excluí-los, mas em sua potencialidade de resistência e subversão, de criação e transformação, de desconstrução de identificações cristalizadas e constituição de novas possibilidades identificatórias, de implicação e reposicionamento subjetivo e no laço social (Butler, 2004; Laufer, 2015; 2016).

Portanto, uma clínica fundamentada nos princípios da RD tem o potencial de engendrar uma vinculação terapêutica e uma experiência de linguagem que podem catalisar outra forma de acesso a si mesmo e a constituição de um espaço de ressonância interna que possibilitam um trabalho de elaboração, "metabolização" (Roussillon, 2005) e simbolização da história vivida, das experiências, das dificuldades, dos sofrimentos e da própria relação com a droga. A RD proporciona a oferta de uma "escuta de testemunho", que possibilita que o estado interno e as experiências subjetivas sejam "testemunhados", creditados e qualificados (Rosa, 2016; Roussillon, 2005). O clínico atesta o que se produz psiquicamente, nomeia-o e qualifica-o, rompendo o cerco de silêncio e possibilitando um trabalho de colocação em palavras e em narrativa (Roussillon, 2005). Ofertar a palavra e a escuta em uma relação de cuidado em que o clínico aceita fazer-se lugar de endereçamento pode reestabelecer as condições de simbolização e conflitualização psíquica, colocar em movimento as representações, os afetos e as identificações e engendrar ressignificações e novas possibilidades de existência e inscrição no laço social (Benhaïm, 2012).

É possível considerar que algumas abordagens de tratamento fundamentadas no paradigma da abstinência e no modelo moral e asilar também visam favorecer esse encontro dos usuários de drogas com as palavras e com a linguagem, como nas sociabilidades geradas em comunidades terapêuticas, as partilhas de experiências e a filosofia dos Alcoólicos Anônimos (AA) (Nogueira Filho, 1999). Contudo, por essa via, quando o sujeito encontra a palavra é sob a forma de um enunciado cristalizado nas fórmulas "sofro de uma doença incurável", "sou e sempre serei toxicômano e darei passos predeterminados", "sou impotente perante a droga e me submeto a um poder superior e aos cuidados de Deus", "sou adicto em recuperação" (Nogueira Filho, 1999; Rosa, 2006). Tratam-se, portanto, de experiências de linguagem que se aproximam mais de uma captura e um encapsulamento por meio das palavras, de fixação das possibilidades de identificação e de existência, que contribuem com a constituição social daqueles a quem se endereçam (Butler, 2004) em posições rígidas e estigmatizadas.

Por fim, o paradigma da RD pode se concretizar de múltiplas formas nos diferentes serviços de saúde. Por exemplo, em um Caps AD, essa "ética do cuidado" tem o potencial de atravessar todo o trabalho dessa instituição, desde o acolhimento incondicional, a recepção e o cuidado de um usuário que comparece intoxicado à instituição, a busca ativa de outro que há muito não aparece, até a possibilidade de pensar na internação como uma das estratégias disponíveis, que pode ser acionada

como último recurso de cuidado (Souza, 2013). A RD manifesta-se na disponibilização, por meio de diferentes dispositivos – atendimentos individuais, grupos psicoterapêuticos, oficinas, assembleias –, de um campo de criação permanente do coletivo e de novas sociabilidades, em um contexto não submetido à moral (Lancetti, 2015) – pelo menos não completamente – que se constitua como espaço de pertencimento e de novas possibilidades de laços e vivências com o outro. Um espaço que oferta a escuta e a palavra, a possibilidade de compartilhamento das experiências e de seu amparo pelo grupo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A breve recuperação do percurso histórico e conceitual da RD no Brasil revela que, paulatinamente, ela se distanciou de um conjunto de práticas e estratégias ligadas principalmente à prevenção da DST/Aids e instituiu-se como um método clínico-político e como o paradigma da atenção e do cuidado aos usuários de drogas. Seu campo de intervenção expandiu-se da prática dos redutores de danos nos territórios para os mais diversos equipamentos de saúde, em que ela comparece como uma ética do cuidado. Essa trajetória histórica da RD consolidou um novo modo de fazer clínica e política no campo das drogas (Souza, 2013), e seus princípios promovem uma série de inflexões e deslocamentos com relação a abordagens clínicas fundamentadas na abstinência, no modelo moral/criminal/patológico e asilar de compreensão e atenção aos usuários de drogas.

Resumidamente, é possível afirmar que a RD promove uma ampliação radical na clínica com usuários de drogas. Amplia-se o acesso, o acolhimento e a população assistida (Petuco, 2014). Também são ampliados os territórios, as redes de cuidado e o compartilhamento do poder, do saber e da responsabilidade na construção e na gestão dos processos terapêuticos. A mirada clínica é alargada para além do uso de drogas (Silva, F., 2014), e a própria compreensão sobre esse fenômeno é expandida, passando a comportar tanto a sua concepção como algo intrincadamente enodado ao contexto e aos processos culturais e sociopolíticos, quanto a singularidade dos sujeitos. Amplia-se, igualmente, a transversalidade e a imiscuição entre clínica e política. Alarga-se o espectro compreensivo de possibilidades de vinculação com as drogas e de destinos existenciais para além de polaridades extremadas. O direcionamento, os objetivos e o repertório clínicos também são expandidos, e as modalidades de tratamento são multiplicadas (Petuco, 2014). Por fim, há uma ampliação importante da vinculação terapêutica, da escuta clínica e das possibilidades de expressão e elaboração.

Para encerrar, vale ressaltar que essa abordagem clínico-política consolida-se nas experiências concretas de atenção e cuidado dos diferentes serviços de saúde não sem desafios, dificuldades, resistências e contradições. E, em sua concretização, ela pode tomar diferentes contornos, de acordo com as singularidades de cada instituição, equipes, territórios e usuários.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Qu'est-ce qu'un dispositif?** Paris: Éditions Payot & Rivages, 2014.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

ASSOUN, P. L. Psychanalyse et addiction. *In:* TOUBIANA, É-P. (Org.). **Addictologie clinique**. Paris: Presse Universitaire de France, 2015.

BENHAÏM, M. Vivre est plus difficile que survivre? *In:* DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 2002.

_____. _____. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: MS, 2004.

BUTLER, J. **Le pouvoir des mots**: discours de haine et politique du performatif. Paris: Éditions Amsterdam, 2004.

CONTE, M. *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 59-77, 2004.

DOUVILLE, O. Introduction: le clinicien face à la précarisation de l'existence. *In:* DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012a.

_____. Grandes exclusions et corps extrêmes: de la fabrique du paria. *In:* DOUVILLE, O. (Org.). **Clinique psychanalytique de l'exclusion**. Paris: Dunod, 2012b.

FIORE, M. **Uso de "drogas"**: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado de Letras, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

LAUFER, L. Éclats de mots: pouvoirs de la parole et vulnérabilité. **Cahiers du Genre**, v. 1, n. 58, p. 163-180, 2015.

_____. Quand dire, c'est exclure. **Cliniques Méditerranéennes**, v. 2, n. 94, p. 21-36, 2016.

MALHEIRO, L.; MACRAE, E. Trabalho de campo e construção de políticas para usuários de drogas: a questão dos usos de crack na atualidade – um olhar sobre usuários e usuárias. *In:* MORAES, M.; CASTRO; R.; PETUCO, D. (Orgs.). **Gênero e drogas**: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto Papai, 2011.

NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomanias**. São Paulo: Escuta, 1999.

OLIEVENSTEIN, C. **La vida del toxicômano**. Madrid: Editorial Fundamentos, 1986.

PETUCO, D. R. S. Redução de danos: das técnicas à ética do cuidado. *In:* RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

_____. **Redução de danos**: outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Santa Catarina: UFSC, [s.d.]. Disponível em: <https://goo.gl/Y26pSA>. Acesso em: 19 nov. 2018.

ROSA, M. D. Gozo e política na psicanálise: a toxicomania como emblemática dos impasses do sujeito contemporâneo. *In:* RUDGE, A. M. (Org.). **Traumas**. São Paulo: Pulsional, 2006.

_____. **A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento**. São Paulo: Fapesp, 2016.

ROUSSILLON, R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. *In:* FURTOS, J. *et al.* (Orgs.). **La santé mentale em actes**. Toulouse: Éditions Érès, 2005.

RUI, T. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/cCKqUY>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, C. C. R. Da punição ao tratamento: rupturas e continuidades na abordagem do uso de drogas. *In:* RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SILVA, F. F. L. Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência. *In:* RAMMINGER, T.; SILVA, M. (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/tWR6Uc>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **A norma da abstinência e o dispositivo "drogas"**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/xAP5Sc>. Acesso em: 19 nov. 2018.

Comunidades Terapêuticas e a Disputa entre Modelos de Atenção e Cuidado a Usuários de Drogas

Maria Paula Gomes dos Santos[1]

1 INTRODUÇÃO

Desde 2014, o Ipea vem realizando pesquisas sobre as comunidades terapêuticas (CTs) que operam no Brasil (Ipea, 2017),[2] com o objetivo de contribuir para as ações da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad/MJ), em sua tarefa de gestão da participação destas instituições na oferta pública de cuidados a usuários de drogas.

A Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), que tipifica os crimes relacionados a drogas no país (uso, porte, comercialização e produção), também determina que a "atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas" (Brasil, 2006) seja prestada tanto pelos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto por instituições privadas e organizações da sociedade civil sem fins lucrativos. Para cumprir este mandato, estas instituições tornaram-se, desde então, autorizadas a receber recursos públicos (benefícios fiscais e financeiros).[3] Com o lançamento do plano Crack, é Possível Vencer,[4] o governo federal passou efetivamente a transferir recursos[5] às CTs, mediante chamamento público.

Esta iniciativa visava ampliar a oferta de cuidados gratuitos para usuários de drogas que deles necessitem. Contudo, sua implementação acabou por amplificar uma disputa – já antiga – em torno dos modelos de cuidado a estas pessoas, opondo, de um lado, defensores da participação das CTs na rede de atenção a usuários de drogas (com financiamento público), e, de outro, aqueles que desaprovam esta participação e o financiamento público destas instituições, por entenderem que elas violam os princípios da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003).

Este artigo apresenta, na seção 2, o modelo de cuidado adotado pelas CTs, a partir do que se pode depreender da pesquisa realizada pelo Ipea e da literatura disponível sobre o tema. A seção 3 traz alguns dados estatísticos que oferecem uma visão do conjunto das CTs que operam no Brasil. Por fim, a seção 4 busca refletir sobre o debate que se trava em torno dos modelos de cuidado a usuários de drogas implementados no Brasil, apontando algumas questões que demandam a consideração dos gestores das políticas públicas nesta área.

2 O MODELO DE CUIDADO DAS CTs

As CTs representam um dos modelos de cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, presentes não só no Brasil, mas em diversos outros países. Tal modelo desenvolveu-se e disseminou-se a partir de iniciativas da sociedade civil, muitas vezes articuladas a

1. Doutora em ciência política pelo Instituto de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ) e técnica de planejamento e pesquisa do Ipea.

2. Os resultados desta pesquisa foram consolidados em relatórios entregues diretamente à Senad em junho de 2016, e um resumo deles foi publicado em *Nota Técnica* no sítio do Ipea na internet, em março de 2017.

3. Artigo 24 da Lei nº 11.343/2006 (Brasil, 2006).

4. Decretos nºs 7.179/2010 e 7.637/2011 (Brasil, 2010; 2011).

5. Os recursos para este fim provêm do Fundo Nacional Antidrogas (Funad), conforme determinação da mesma Lei nº 11.343/2006.

organizações religiosas. CTs configuram-se como residências coletivas temporárias, nas quais indivíduos que têm problemas associados ao uso de drogas devem ingressar voluntariamente, e ali permanecer por períodos de nove a doze meses, em total abstinência de quaisquer substâncias psicoativas e afastados de todas as suas relações sociais prévias. A partir de sua entrada nestas residências, estes indivíduos passam a conviver entre um conjunto de *pares* (pessoas que igualmente têm problemas com drogas), realizando diversas atividades supostamente terapêuticas, sob a orientação e a vigilância de *monitores* (pessoas que já passaram pelo mesmo tratamento e, ao serem bem-sucedidas, começam a cuidar dos novos internos).

Algumas destas instituições também contam com equipes formadas por profissionais de saúde (psicólogos, médicos, enfermeiros, entre outros) e de assistência social. Seu objetivo primordial é levar seus assistidos a uma *reforma moral*, que os conduza não só à abstinência sustentada do uso de drogas, mas a um novo estilo de vida, pautado na moral do trabalho e da família e nos mandamentos cristãos.

O programa assistencial das CTs ancora-se no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que se traduz em rotinas disciplinadas, *laborterapia* e práticas *espirituais*, realizadas em contexto de abstinência e isolamento social. A *laborterapia* consiste em uma terapia por meio do trabalho, o que envolve tarefas de manutenção da própria comunidade (limpeza e preparo de refeições) e atividades produtivas (agricultura, construção civil, artesanato, confecção de produtos para venda, entre outros). Tal prática visa ao disciplinamento dos acolhidos para o mundo do trabalho – condição entendida como essencial para a "ressocialização" e a "adequação social" dos sujeitos que fazem uso problemático de drogas. O cultivo da *espiritualidade* envolve orações, leituras e práticas religiosas, e cumpre dois objetivos: estabelecer um padrão de conduta moral (frequentemente cristão) para os internos; e oferecer, a estes, amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência e a conquista da *serenidade*.

De acordo com o que se pode depreender de nossas pesquisas, este programa tem como pano de fundo algumas representações específicas sobre a *pessoa* do usuário problemático de substâncias psicoativas. Segundo estas representações, tal *pessoa* teria características cognitivas e comportamentais particulares, tais como *falta de controle dos impulsos*; *incapacidade de adiar satisfações*; *déficits de percepção acerca da realidade* (De Leon, 2014), entre outros. Além disso, seu estilo de vida conflitaria com as normas morais e sociais vigentes, uma vez que o uso de drogas as levaria a mentir, abandonar sua família, manipular outras pessoas e, no limite, roubar. Pode-se dizer, assim, que, de acordo com estas representações, as pessoas que fazem uso de drogas teriam perdido a condição de *sujeitos morais*, vivendo alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade de se responsabilizar. Todo este quadro configuraria uma *doença* – a dependência química[6] – considerada incurável e persistente.

Tendo em vista esta percepção, o programa das CTs procura não só colocar usuários de drogas em abstinência, mas *os educar* ou *os reeducar* para uma nova inserção na vida social. Sua pedagogia ocorre por meio de um proselitismo antidrogas, pela emulação de condutas e, ainda, pelo disciplinamento dos sujeitos internados, em novos hábitos e rotinas.[7] Esta pedagogia parece visar, principalmente, inculcar nos sujeitos um novo *habitus* (Bourdieu, 2000) e um código moral ancorados nos valores do trabalho, da disciplina, da família e da religião.

6. Termo cunhado no interior do campo médico e de uso frequente nas CTs. Não obstante, ao longo do tempo a denominação desta *doença* sofreu algumas alterações no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2013). Em sua última edição (DSM V), a denominação adotada é *transtornos por uso de substâncias*, considerada mais abrangente. Ver a última edição, DSM V, de 2016.

7. Além das informações sistematizadas em Ipea (2017), ver também Machado (2011) e Aguiar (2014).

3 O UNIVERSO DAS CTs BRASILEIRAS

Estima-se que haja cerca de 1.951 CTs operando atualmente no Brasil,[8] em todo o território nacional. A maior parte delas está localizada em zonas rurais, muitas das quais situadas na região metropolitana das grandes cidades.

Cerca de 80% das CTs brasileiras destinam-se exclusivamente a pessoas do sexo masculino, enquanto apenas 5% delas se voltam para o cuidado de mulheres. Cerca de 15% declaram-se mistas (para ambos os sexos). A tabela 1 apresenta o percentual de vagas existentes nas CTs brasileiras, nas cinco macrorregiões geográficas, segundo o sexo das pessoas que estas unidades dispõem-se a receber.

TABELA 1
Distribuição das vagas em CTs, segundo macrorregião geográfica e sexo dos acolhidos
(Em %)

Macrorregião	Vagas	Masculino	Feminino	Ambos
NO	6,36	58,73	4,05	37,22
NE	20,23	80,8	0,81	18,39
CO	7,84	81,65	6,32	12,03
SE	43,2	83,33	5,64	11,03
SU	22,37	81,82	4,59	13,59
Total	**100,00**	**80,79**	**4,38**	**14,83**

Fonte: Ipea (2016).

A maioria das vagas em CTs está na região Sudeste (43,2%). Depois desta, as regiões Sul (22,4%) e Nordeste (20,2%) são aquelas que ofertam o maior número de vagas. Considerando o tamanho destas entidades em função de sua capacidade de acolhimento, tem-se que cerca de 49% delas ofertam até trinta vagas; 39% oferecem de 31 a setenta vagas; e cerca de 12% possuem capacidade para mais de setenta internos.

TABELA 2
Distribuição das CTs brasileiras por capacidade de acolhimento
(Em %)

Vagas	(%)
1 a 30	48,9
31 a 70	39,3
71 a 300	11,8

Fonte: Ipea (2016).

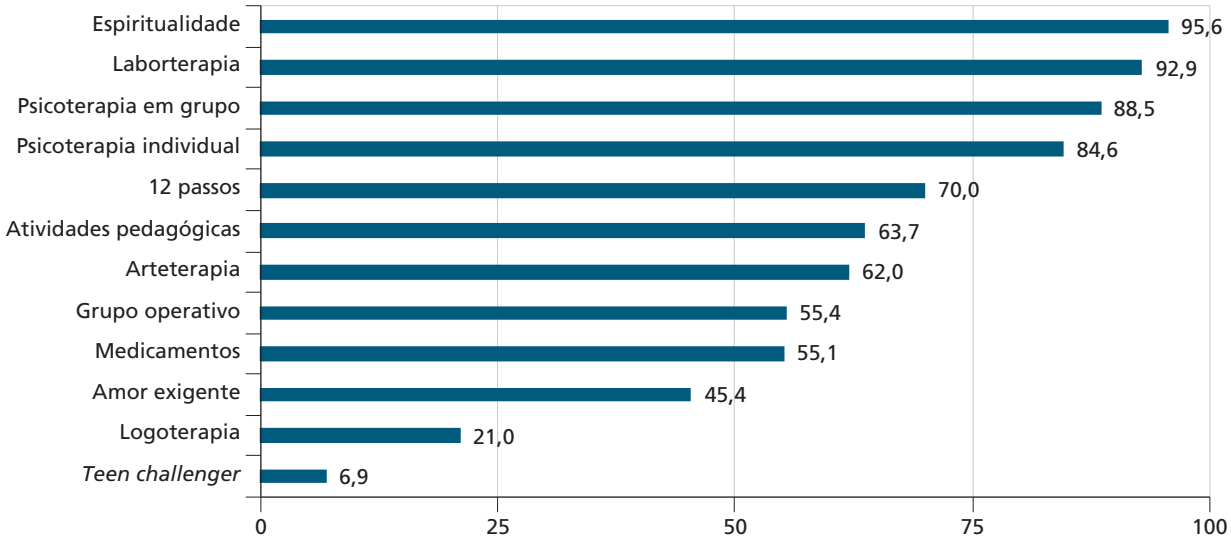
No que se refere à orientação religiosa, cerca de 47% das CTs são vinculadas a denominações evangélicas ou protestantes, e 27% são católicas. Dezoito por cento delas, contudo, declaram-se sem orientação religiosa. Isto não impede que 95% delas desenvolvam trabalhos *espirituais*, como mostra o gráfico 1.

Este gráfico mostra os diversos métodos e práticas terapêuticas mais comuns nas CTs, levantados pela pesquisa. Como se pode ver, as práticas de *laborterapia* e *espiritualidade* acontecem, virtualmente,

8. Segundo levantamento realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em 2009. Este levantamento foi a base para a pesquisa realizada pelo Ipea. Para mais informações sobre a metodologia desta pesquisa, ver Ipea (2017).

em todas as CTs brasileiras.[9] Além disso, muitas destas comunidades conjugam práticas disciplinares e religiosas (orações e cultos) com a prestação de serviços de profissionais especializados das áreas de assistência social e saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros). Neste particular, é interessante notar que, logo abaixo da *laborterapia* e das atividades voltadas ao cultivo da *espiritualidade*, as *psicoterapias individuais* ou *em grupo* são os métodos terapêuticos mais utilizados pelas CTs brasileiras. Chama a atenção, ainda, a significativa quantidade de comunidades que lançam mão de *medicamentos* para tratar de sua clientela: 55%.

GRÁFICO 1
Métodos e práticas terapêuticas
(Em %)



Fonte: Ipea (2017).

Considerando a forte presença de práticas próprias do campo da saúde, a pesquisa procurou levantar a participação de profissionais especializados neste campo, na composição das equipes de cuidadores das CTs. Esta informação encontra-se na tabela 3.

TABELA 3
Número médio de profissionais de formação universitária por CT

Profissionais	Empregados	Voluntários	**Total**
Médicos(as)	0,48	0,64	**0,56**
Enfermeiros(as)	0,44	0,56	**0,50**
Psicólogos(as)	1,10	0,74	**0,92**
Fisioterapeutas	0,05	0,11	**0,08**
Terapeutas ocupacionais	0,43	0,58	**0,50**
Assistentes sociais	0,75	0,61	**0,68**
Professores(as)	0,38	0,86	**0,62**
Educadores(as) sociais	0,37	0,59	**0,48**

Fonte: Ipea (2016).

9. Tendo em vista que a margem de erro da pesquisa é de 5%, as frequências acima de 95% podem corresponder a até 100%. Ver Ipea (2017).

As colunas da tabela 3 representam o número médio de profissionais por CT, sendo que a segunda e a terceira referem-se, cada uma, a um tipo de vínculo de trabalho destes profissionais com as instituições, uma vez que as CTs utilizam-se, com muita frequência, de mão de obra voluntária. Assim, a segunda coluna indica a média de profissionais com vínculo empregatício formal com as CTs; a terceira, a média de voluntários; e a quarta coluna refere-se à média total destes profissionais, por CT.

Consistente com a ampla utilização de *psicoterapias* (individuais ou em grupo), a categoria de profissionais especializados mais presente nas CTs brasileiras é a dos psicólogos – segundo os dados apurados por *survey*, há cerca de 0,92 psicólogo por CT. Em seguida, aparecem os assistentes sociais (0,68 por CT), os médicos (0,56) e os enfermeiros (0,50). Enquanto a maioria dos psicólogos e assistentes sociais possuem vínculo empregatício efetivo com as CTs, médicos e enfermeiros atuam principalmente como voluntários.

Estes dados sugerem um certo grau de profissionalização das CTs, no sentido da incorporação de saberes de base técnico-científica originária dos campos da saúde e da assistência social. Contudo, segundo os levantamentos etnográficos realizados para a mesma pesquisa, há casos de CTs em que as equipes técnico-profissionais, embora presentes, têm atuação rarefeita e, até certo ponto, desconectada das demais práticas e atividades cotidianas.

> Os atendimentos individuais pela equipe técnica são eventuais – menos do que uma vez por semana –, o que me deixou a impressão de que sua presença, na CT 3, se deve principalmente ao interesse da instituição, de se qualificar para receber recursos públicos. Como não pude observar os atendimentos individuais, não foi possível perceber se, ou em que medida, a equipe técnica fazia uso, junto aos acolhidos, dos diversos conceitos e categorias técnico-científicas para interpretar o fenômeno do uso problemático de drogas e o próprio tratamento.
>
> Os coordenadores da instituição consideram a prática religiosa e a proximidade com a palavra de Deus o principal recurso terapêutico na recuperação de dependentes de álcool e outras drogas, seja na fase de internação na CT 3, seja depois dela, no esforço de manutenção da abstinência pós-tratamento. A própria equipe técnica da CT 3 – ao menos aqueles indivíduos com os quais pude conversar – também compartilha desta convicção (Loeck, 2018).

Os "coordenadores", citados no trecho acima, são pessoas que acompanham de maneira muito próxima o cotidiano dos residentes, exercendo funções de apoio e vigilância. Em algumas CTs são chamados de *monitores*. Em geral, estes funcionários são muito mais numerosos, em cada CT, do que aqueles que compõem a equipe técnica. A tabela 4 apresenta seu número médio, por CT, no país.

TABELA 4
Número médio de coordenadores e/ou monitores por CT

Funcionários	Empregados	Voluntários	**Total**
Coordenadores(as)	1,49	1,46	**1,47**
Monitores(as)	2,53	2,70	**2,61**

Fonte: Ipea (2016).

4 A CONTROVÉRSIA PÚBLICA EM TORNO DOS MODELOS DE CUIDADO A PESSOAS QUE FAZEM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Até bem pouco tempo, as CTs eram relativamente invisíveis no Brasil, como fenômeno institucional. Tornaram-se objeto de maior interesse acadêmico e político a partir de sua incorporação oficial, pelo Estado brasileiro, enquanto equipamentos de cuidado a usuários de drogas, financiados com recursos públicos.

Este fato, por sua vez, gerou reações por parte de atores sociais e agentes institucionais, que entendem que o modelo de cuidado implementado pelas CTs é incompatível com as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), pois enquanto as CTs têm como pressuposto do cuidado o isolamento social, e como pré-condição a abstinência total de drogas, o modelo previsto e implementado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio das Redes de Atenção Psicossocial (Raps), preconiza o cuidado em liberdade, em equipamentos situados no próprio território de moradia e/ou trabalho dos usuários, segundo a lógica da redução de danos (RD).

A RD é uma estratégia de cuidado que procura engajar os usuários em um processo de autocuidado contínuo, que lhes possibilite, primeiramente, mitigar os danos sofridos em decorrência do uso problemático de drogas. Neste sentido, a abstinência pode ser um objetivo a ser atingido, desde que desejado pelo usuário; mas, diferentemente do que ocorre nas CTs, não é um prerrequisito para o acesso ao tratamento. Aposta-se, antes de tudo, na autonomia dos usuários e em sua capacidade de fazer escolhas acerca de seu tratamento, a partir do estabelecimento de vínculos significativos com a instituição de cuidados – os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps AD) – e com seus cuidadores – profissionais de saúde e assistência social que atuam nestes centros.

> O trabalho de atenção e cuidado deve se realizar a partir do reconhecimento da singularidade de cada caso, do respeito às diferenças e escolhas individuais, e da construção de estratégias conjuntas de diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. Mas, principalmente, de defesa e "ampliação" da vida, ressocialização e desenvolvimento da cidadania e da autorregulação e autonomia (Ferreira, 2017, p. 55).

As primeiras críticas mais sistematizadas sobre o modelo das CTs foram registradas em relatório elaborado pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que, em 2011, realizou inspeção em 68 CTs em 25 Unidades da Federação (UFs), às quais se referem como "unidades de privação de liberdade" (CFP, 2011). Esta inspeção – repetida em 2017, com resultados similares – inaugurou um embate que cresce a cada ano. As exigências relativas à abstinência, ao isolamento social, à espiritualidade e à laborterapia são interpretadas, por estes segmentos, como violações de direitos. Ademais, aciona-se a premissa constitucional do Estado laico na tentativa de impedir o financiamento das CTs pelo governo federal.

Esta contenda – que hoje envolve atores governamentais, políticos e sociais – evoluiu para uma controvérsia radicalizada, especialmente depois do *impeachment* presidencial de 2016, quando os novos ocupantes do MS e do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) passaram a anunciar uma reforma nas diretrizes de atenção a usuários de drogas (Laranjeira, 2017), a qual implicaria a ampliação das possibilidades e das condições de internação deles em instituições fechadas, e a proscrição da estratégia de redução de danos nos equipamentos públicos de saúde, em favor da primazia da estratégia de abstinência (Rodrigues, 2018; Scorce, 2018).

Este quadro torna-se preocupante, na medida em que aponta para a hegemonização de uma estratégia única de atenção a usuários de drogas, o que discrepa das diversas recomendações internacionais contemporâneas. Conforme recomendação da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (Cicad), vinculada à Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), os Estados nacionais devem garantir uma oferta ampla e plural de modelos de tratamento, na medida em que a literatura científica internacional é inconclusiva quanto à superioridade de qualquer modelo de cuidado sobre outros, quando se tratam de usos problemáticos de drogas (Opas, 1999).[10] Especificamente quanto às CTs, os estudos também não têm demonstrado que a efetividade de seu modelo de cuidado seja maior do que os demais (Smith, Gates e Foxcroft, 2008; Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Outro ponto a ser considerado é que muitas das pessoas que buscam tratamento para o uso problemático de álcool e outras drogas tendem a fazê-lo várias vezes durante a vida, dados os vários episódios de recaída que experimentam. Neste percurso, recorrem às mais diversas modalidades de atenção, sendo elas pautadas ou não, na internação, na abstinência e/ou na lógica da redução de danos. Sua escolha tende a ser condicionada pela efetiva disponibilidade dos serviços e por sua percepção, em cada circunstância, sobre que serviço pode melhor atender às suas demandas imediatas.[11]

Assim sendo – e dando o devido crédito às evidências científicas que demonstram não haver tratamento que seja universalmente eficaz e *infalível* –, a pluralidade na oferta de modelos de cuidado é essencial. Por outro lado, é crucial que cada modelo e cada estratégia sejam sistematicamente monitorados e avaliados pelas autoridades sanitárias e pela própria comunidade científica. É indispensável que os serviços prestados à população – em particular aqueles providos por organizações da sociedade civil, como as CTs – sejam regulados, e que se submetam à fiscalização rotineira dos diversos órgãos do Estado competentes para tanto – Ministério Público, conselhos profissionais, conselhos participativos de políticas públicas, entre outros –, de modo que as práticas eventualmente duvidosas ou irresponsáveis sejam coibidas e sancionadas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. **Usuários de crack, instituições e modos de subjetivaçã**o: estudo das práticas e da eficácia terapêutica em uma comunidade terapêutica religiosa (RN). 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

APA – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)**. Porto Alegre: APA, 2013.

BOURDIEU, P. **Outline of a theory of pratice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/tVPqgq>. Acesso em: 19 nov. 2018.

10. Estudos clínicos indicam que as taxas médias de recaída (interrupção da abstinência), após um ano de finalização de qualquer tipo de tratamento para o uso problemático de drogas, estão na faixa de 60% a 70%. O percentual pode variar de uma droga para outra, mas permanece sempre dentro deste intervalo (Silverman *et al.*, 2002). Esta taxa foi extraída de um conjunto de estudos, configurando-se, assim, em uma média das médias encontradas por estes. Ver Silverman *et al*. (2002).

11. Esta informação baseia-se nos primeiros dados de pesquisa que estamos iniciando junto aos Caps AD do Distrito Federal.

_____. 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, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/dyTPDR>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4a Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola, 2014.

FERREIRA, I. F. R. **Crack**: substância, corpos, dispositivo e vulnerabilidades. A psicanálise e a prática clínico-institucional com usuários de crack. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Diretoria de Estudos e Políticas sobre o Estado, as Instituições e a Democracia. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. [s.l.]: Ipea, 2016. (Relatório de Pesquisa). No prelo.

_____. **Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**. Brasília: Ipea, 2017. (Nota Técnica Diest, n. 21). Disponível em: <https://goo.gl/LdeEcc>. Acesso em: 19 nov. 2018.

LARANJEIRA, R. A segunda reforma psiquiátrica. **Jornal Folha de São Paulo**, Opinião, 24 dez. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/pyxDZh>. Acesso em: 19 nov. 2018.

LOECK, J. F. Comunidades terapêuticas e a transformação moral dos indivíduos: entre o religioso-espiritual e o técnico-científico. *In:* SANTOS, M. P. G. (Org.). **Comunidades terapêuticas**: temas para reflexão. Brasília: Ipea, 2018.

MACHADO, L. P. **Do crack a Jesus**: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comision Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. **Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas**: una experiencia en las Américas. Washington: Cicad/Opas, 1999. Disponível em: <https://goo.gl/j1wEgP>. Acesso em: 19 nov. 2018.

RODRIGUES, A. Conad aprova resolução que pode mudar políticas de combate às drogas. **Agência Brasil**, 1º mar. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/JmMoxv>. Acesso em: 25 nov 2018.

SCORCE, C. Governo aposta em guinada rumo à abstinência no combate às drogas. **Carta Capital**, 9 mar. 2018. Disponível em: <https://goo.gl/A4GKTx>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SILVERMAN, K. *et al.* A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. experimental and clinical psychopharmacology. **American Psychological Association**, v. 10, n. 3, p. 228-240, 2002.

SMITH, L. A.; GATES, S.; FOXCROFT, D. Therapeutic communities for substance related disorder. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 25, n. 1, 2006.

VANDERPLASSCHEN, W. *et al.* Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. **The Scientific World Journal**, v. 1, 2013.

A Prevenção ao Uso Problemático de Drogas

Leon de Souza Lobo Garcia[1]

1 A REPRESSÃO (AINDA) É A PRINCIPAL POLÍTICA DE PREVENÇÃO

Desde a década de 1970, o foco das políticas de drogas em nível mundial tem sido a repressão à sua produção, à sua comercialização e ao seu consumo. Essas políticas, dirigidas para destruir a infraestrutura de produção e comércio das drogas e prender pessoas, inclusive usuários, ficaram conhecidas como guerra às drogas. Até recentemente, a Organização das Nações Unidas (ONU) contribuiu de forma decisiva para as políticas de guerra às drogas e defendeu que um mundo livre de drogas seria possível (UNODC, 2011). Na perspectiva da guerra às drogas, não cabe prevenir o uso prejudicial de drogas, o que se pretende é um mundo sem qualquer uso de drogas.

A situação do álcool e do cigarro, drogas legais, é uma exceção. O álcool é um dos maiores fatores de risco para mortes prematuras e incapacidade em nível global, muito mais relevante do que o conjunto das drogas ilegais (Rehm *et al.*, 2009). Entretanto, a percepção dos especialistas é que sua comercialização e seu consumo são pouco regulados (WHO, 2010). Por outro lado, a queda significativa do consumo de cigarro em muitos países, incluindo o Brasil, é um exemplo de como se pode prevenir o consumo prejudicial de uma droga por meio da regulação, sem torná-la ilegal e sem os mesmos custos financeiros e humanos da guerra às drogas. Os padrões que orientam as políticas referentes ao cigarro, ao álcool e às drogas ilícitas são absolutamente diferentes entre si, o que expõe a inconsistência das atuais políticas de drogas, e de como se pode pensar a prevenção de seu uso prejudicial.

Os custos diretos da política de guerra às drogas foram e são significativos, ainda mais se comparados ao que se investe em prevenção e tratamento. Apesar das dificuldades de se estimar um conjunto de gastos governamentais, que envolve diferentes esferas e setores, os números disponíveis indicam que, para cada US$ 1,00 gasto em tratamento e prevenção, cerca de US$ 2,00 são gastos com repressão (Transform, 2016). Da perspectiva da saúde da população, as evidências científicas demonstram que a guerra às drogas trouxe mais prejuízos do que benefícios, visão defendida em uma edição especial e em um editorial de duas das mais importantes publicações médicas da atualidade (Csete *et al.*, 2016; Godlee, 2018).

Em 2016, a Assembleia-Geral da ONU finalmente reconheceu, ainda que na linguagem atenuada da diplomacia do consenso, que a diretriz repressiva foi insuficiente para diminuir o sofrimento daqueles que têm problemas com o uso de drogas. O mais recente e significativo documento da ONU que expressa o juízo dos países sobre o assim chamado "problema mundial das drogas" dessa vez coloca em destaque a prevenção do seu uso nocivo e o tratamento de suas consequências como prioridades (UN, 2016).

Em 2018, a ONU atualizou um importante documento de diretrizes técnicas que condensa as melhores evidências científicas sobre programas e estratégias de implementação da prevenção do uso de drogas (UNODC, 2018). No entanto, evidências científicas não serão suficientes para mudar o rumo das políticas de prevenção.

1. Psiquiatra e doutor em saúde pública pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP).

Mesmo diante das crescentes evidências do fracasso da guerra às drogas e de seu enorme custo, são raros os governos que fizeram uma autocrítica dessa orientação e redirecionaram suas políticas. Sem essa autocrítica, as estruturas do Estado que implementam a guerra às drogas continuarão drenando os recursos orçamentários e humanos que faltam para ampliar políticas de prevenção e tratamento, especialmente em um cenário de contração fiscal.

Atualmente, a repressão ainda é a política de fato para a prevenção do uso prejudicial de drogas, inclusive no Brasil, com a exceção paradoxal do álcool, justamente a droga que mais impacta a saúde pública.

2 UMA POLÍTICA ÉTICA E EFETIVA PARA A PREVENÇÃO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS

A contextualização acima fornece o pano de fundo para um conjunto de desafios que as políticas de prevenção do uso prejudicial de drogas enfrentam.

O primeiro desafio consiste em estabelecer diretrizes éticas para a prevenção que respeitem a autonomia dos indivíduos e não estigmatizem quem usa drogas. As estratégias de prevenção identificadas com a guerra às drogas demonizam o seu uso. Dessa maneira, estas estratégias contribuem para estigmatizar os usuários de drogas, e, em particular, os que se tornam dependentes. Além de questionáveis do ponto de vista da eficácia preventiva, como apontado pelas diretrizes técnicas da ONU, esse tipo de estratégia tem um custo ético inaceitável, ao aumentar o sofrimento daqueles mais atingidos pelo uso de drogas (UNODC, 2018).

O segundo desafio para as políticas de prevenção é o desenvolvimento de programas e estratégias de prevenção que, além de éticos, sejam efetivos em reduzir o uso prejudicial de drogas em diferentes contextos socioculturais. Existe um amplo espectro de ações que contribuem para diminuir o uso prejudicial de drogas, mas, diferentemente do que ocorre com as intervenções biológicas, o contexto sociocultural é fundamental para determinar sua aceitação e efetividade, o que impede a transposição pura e simples de experiências de um país para outro. Desenvolver novas intervenções ou adaptar intervenções desenvolvidas em outros contextos requer tempo, *expertise* e recursos.

Um terceiro desafio fundamental envolve a implementação de programas e medidas éticas e efetivas para prevenir o uso prejudicial de drogas. Para medidas do que se chama de prevenção ambiental, que envolvem, por exemplo, a regulação do comércio e a propaganda de drogas legais, como o álcool, é preciso enfrentar a pressão organizada e bem financiada dos setores econômicos que lucram com o consumo.

Uma outra ordem de dificuldades apresenta-se para implementar programas de prevenção que apoiem o desenvolvimento de crianças e adolescentes, tornando-os menos suscetíveis ao consumo prejudicial de drogas. Esses programas envolvem tipicamente a articulação entre políticas de educação, saúde e assistência social, com implementação em larga escala de atividades complexas e continuadas. Há toda uma ciência da implementação em escala de intervenções complexas que precisa ser mobilizada. Soma-se a isso a necessidade de garantir recursos para manutenção de programas de longo prazo e que não têm um único gestor, por serem intersetoriais.

A próxima seção trata, de forma sucinta, de desenvolvimentos da política de prevenção ao uso prejudicial de drogas no Brasil, para ilustrar e contribuir na discussão sobre como enfrentar esses desafios no contexto nacional.

3 OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE PREVENÇÃO NO BRASIL

3.1 Guerra às drogas e programas de prevenção

Desde 1992, as polícias militares brasileiras vêm implementando, junto às escolas, uma intervenção para crianças e adolescentes, com foco na prevenção do uso de drogas. O Programa de Resistência às Drogas (Proerd) foi adaptado pelas próprias polícias a partir de uma intervenção, desenhada no auge da guerra às drogas nos Estados Unidos, o Drug Abuse Resistance Education (Dare). A implementação do Proerd no Brasil contou com o apoio inicial do governo dos Estados Unidos e deu-se de forma descentralizada, a partir da iniciativa das polícias militares estaduais, contando com recursos pontuais do Ministério da Justiça (MJ) e de emendas parlamentares. Por essa razão, não existem estatísticas nacionais sistematizadas sobre o Proerd. Sabe-se que, em Minas Gerais, por exemplo, o investimento realizado pelos governos estadual e federal no Proerd entre 2002 e 2016 totalizou R$ 5,3 milhões, atingindo cerca de 240 mil alunos por ano (Melo, 2017).

Extensamente estudado nos Estados Unidos, o Dare não tem efetividade comprovada, mesmo após 25 anos de reformulações decorrentes de suas primeiras avaliações negativas (Ennett *et al.*, 1994; West e O'Neal, 2004; Caputi e McLellan, 2017). O Escritório das Nações Unidas para as Drogas e o Crime (UNODC) menciona explicitamente o Dare como um programa sem efetividade, e não recomenda a adoção de programas similares baseados apenas na difusão de informação sobre as drogas, nos juízos morais e na promoção de sentimentos de medo sobre o uso de drogas (UNODC, 2018). Uma análise do Proerd identifica justamente esses componentes como fundamentais em seu material didático e critica a estigmatização dos usuários de drogas que deles resulta (Domingues, 2016).

No Brasil, desde sua implementação, não existe nenhuma avaliação consistente que demonstre a efetividade do Proerd (Johnson, 2008). A produção sobre o Proerd é quase toda de monografias relatando experiências locais ou é oriunda das próprias polícias.

McKay *et al.* (2018) citam o Dare como um exemplo clássico de programa implementado em larga escala, apesar de haver evidências consistentes de que ele não é efetivo. Para os autores, o que explica a continuidade do Dare nos Estados Unidos é sua consonância com a narrativa hegemônica da guerra às drogas, a aproximação que ele promove entre escolas e forças de segurança e a ausência de outros programas de prevenção alternativos.

Essa análise parece ter validade também no Brasil. Não só a persistência da criminalização dos usuários de drogas, na contramão do continente sul-americano como um todo, como também o papel de destaque que as polícias e a justiça criminal mantêm no debate e na implementação das políticas de drogas, depõem em favor dessa análise. Acrescente-se também a insegurança gerada pela violência urbana, que faz com que a comunidade escolar deseje aproximar-se da polícia militar. As polícias, por sua vez, fizeram do Proerd uma bem-sucedida política de relações públicas, que contribui para "humanizar" seu papel junto às comunidades, ocupando o vazio deixado na prevenção de drogas pela política educacional, de saúde e assistência social.

3.2 Inovação e programas de prevenção no Brasil

Com recursos escassos e instáveis, gestores optam com frequência por políticas de prevenção pontuais de alta visibilidade, porém baixo impacto, como campanhas de publicidade, distribuição de material educativo e grandes capacitações sem supervisão continuada. Em nível local, é frequente que gestores realizem parcerias com voluntários que baseiam suas atividades de prevenção no senso comum e na

experiência de "ex-usuários" de drogas. Existe um consenso, já de alguns anos, sobre a ineficácia de todas essas estratégias (UNODC, 2018).

Em 2013, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implementação de uma nova estratégia de prevenção que, pela primeira vez, baseava-se em evidências científicas para apoiar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, reduzindo riscos de uso prejudicial de drogas. Contando com a consultoria do UNODC e com o apoio, a partir de 2015, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/MJ), três programas de reconhecida eficácia no contexto internacional foram adaptados à realidade brasileira em parceria com um consórcio de universidades públicas federais. A gestão dos programas nessa fase experimental, apesar de serem desenvolvidos em escolas e na rede da assistência social, não chegou a contar com a participação efetiva do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e do Ministério da Educação (MEC). MDS e MEC não se opuseram aos programas, mas também não os incluíram em sua pauta de prioridades. A implementação nas escolas e na rede de assistência social deu-se de forma descentralizada, a partir de acordos do MS e da Senad/MJ com gestores locais.

O processo de implementação dos pilotos de cada um dos três programas contou com avaliações continuadas a cargo de pesquisadores das universidades envolvidas (Miranda e Murta, 2016; Sanchez *et al.*, 2016; Schneider *et al.*, 2016). Posteriormente, a avaliação em ensaio clínico controlado e randomizado, de um dos programas, encomendada pelo próprio MS, revelou que o programa teve efeito contrário ao esperado no que se refere ao consumo de álcool (aumentou consumo), apesar de ter conseguido o efeito desejado no que se refere ao consumo de inalantes (diminuiu consumo). A discrepância com os resultados da literatura internacional foi atribuída à adaptação do programa e a possíveis falhas na fidelidade de sua reprodução em diferentes contextos (Sanchez *et al.*, 2018).

Esse exemplo demonstra a complexidade para se implementar uma estratégia abrangente, efetiva e segura de prevenção do uso prejudicial de drogas, junto a algumas das políticas sociais que podem atingir o público-alvo preferencial desses programas. Tempo e recursos regulares são necessários para seguir nessa estratégia, ajustando e corrigindo aspectos da implementação dos programas. Envolver mais diretamente as instâncias responsáveis pela política nacional de educação e pela política de assistência social também contribuiria para a adequação e a sustentabilidade dos programas.

3.3 Poder econômico e prevenção do uso prejudicial de álcool

Existe um conjunto de medidas para a regulação do comércio e da propaganda de álcool que formam consenso entre especialistas, como efetivas para reduzir seu uso prejudicial entre a população (WHO, 2010). Preços mínimos, controle da densidade na distribuição geográfica de pontos de venda, regulação de horários de venda e restrição da propaganda fazem parte desse conjunto. A efetividade da prevenção ambiental do uso prejudicial do álcool, como observado no caso do tabaco, vai além da diminuição do consumo pela imposição de restrições ao hábito de beber. O impacto dessas medidas também é de modificar crenças normativas que as pessoas têm sobre o consumo de determinadas substâncias, ajudando a formar a percepção, principalmente entre os mais jovens, de que o álcool, assim como o cigarro, não é uma substância comum, e que seu uso tem restrições e requer cuidados (Babor *et al.*, 2010).

Diferentemente dos programas de prevenção para estudantes mencionados acima, essas medidas têm impacto universal, não consomem recursos (ao contrário, podem gerar recursos) e são

mais facilmente adaptáveis ao contexto de cada país. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), seus impactos vão além da saúde pública. A OMS considera a redução do consumo prejudicial de álcool um determinante do desenvolvimento social e econômico dos países. O risco representado pelo álcool é muito maior nos países de rendas baixa e média (como o Brasil) do que nos países de renda alta, apesar de seu consumo ser, em média, maior nesse último grupo (WHO, 2010).

Os obstáculos para implementação dessas medidas não são de ordem técnica ou orçamentária, mas fundamentalmente de ordem política. O contrassenso da regulação da propaganda de álcool no Brasil, que excetua a cerveja de seu enquadramento mais estrito, reflete a força política dos interesses envolvidos nessa atividade econômica, a indústria do álcool e os meios de comunicação. As inúmeras tentativas do Congresso brasileiro de legislar por maiores restrições na propaganda do álcool, ao longo das últimas décadas, mostram que, independentemente da posição que os proponentes ocupem no debate mais amplo sobre a política de drogas, tem prevalecido a visão dos grupos que lucram com o consumo de álcool (Moreira Júnior, 2005).

O relativo sucesso brasileiro com a chamada Lei Seca, que pune motoristas que usam álcool, mostra que, ao enfrentar interesses mais difusos, ao invés de oligopólios econômicos, podem ser obtidos maiores avanços. Como no caso do cigarro, o efeito demonstrativo desses avanços iniciais pode contribuir para arregimentar apoios que permitam os enfrentamentos mais difíceis.

4 ESBOÇO DE AGENDA PARA UMA POLÍTICA DE PREVENÇÃO

A implementação de uma política de prevenção do uso prejudicial de drogas ética e efetiva no Brasil depende do enfrentamento de um conjunto de desafios.

É preciso superar a ideologia da guerra às drogas para garantir a ética da política de prevenção, deixando de estigmatizar usuários e dependentes como estratégia de prevenção. É preciso reconhecer que as evidências científicas demonstram que a política da guerra às drogas não é efetiva para prevenir o consumo prejudicial de drogas. Admitir que a repressão contra usuários não é ética nem efetiva significa redirecionar recursos orçamentários e poder político da área da segurança e da justiça criminal para as áreas da saúde pública, da educação e da assistência social.

Esse redirecionamento de recursos e de capital político é fundamental para desenvolver uma ciência da prevenção e uma ciência da implementação de programas preventivos brasileiros. Só assim será possível promover estratégias e programas de prevenção sustentáveis, articulando os protagonistas (gestores, trabalhadores e controle social) das políticas de saúde, de educação e de assistência social com a comunidade científica.

Por fim, no campo da prevenção ambiental das drogas legais como o álcool, deve-se discutir uma agenda gradual de regulação que permita angariar apoios crescentes para as medidas de maior impacto, mas que também enfrentem as maiores resistências políticas, como a regulação da propaganda da cerveja.

REFERÊNCIAS

BABOR, T. F. *et al.* **Alcohol**: no ordinary commodity – research and public policy. Oxford: Oxford University Press, 2010.

CAPUTI, T. L.; MCLELLAN, A. T. Truth and Dare: is Dare's new keepin' it real curriculum suitable for American nationwide implementation? **Drugs: Education, Prevention and Policy**, v. 24, n. 1, p. 49-57, 2017.

CSETE, J. *et al.* Public health and international drug policy. **The Lancet**, v. 387, p. 1427-1480, 2016.

DOMINGUES, V. G. Educação e guerra às drogas: uma reflexão sobre o Proerd na escola. **Revista Alabastro**, v. 1, n. 7, p. 56-72, 2016.

ENNETT, S. T. *et al.* How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project Dare outcome evaluations. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 9, p. 1394-1401, 1994.

GODLEE, F. Drugs should be legalised, regulated, and taxed. **British Medical Journal**, v. 361, 2018.

JOHNSON, K. W. **Avaliação Dare (Proerd)**: um acompanhamento de quatro anos em São Paulo, Brasil. 2008. Monografia – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, São Paulo, 2008.

MCKAY, V. R. *et al.* Letting go: conceptualizing intervention de-implementation in public health and social service settings. **American Journal of Community Psychology**, v. 62, n. 1-2, p. 189-202, 2018.

MELO, S. **Revisão histórica do programa educacional de resistência às drogas**: uma estratégia eficiente e de baixo custo adotada pela Polícia Militar de Minas Gerais. Belo Horizonte: PM-MG, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/Fjhaat>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MIRANDA, A.; MURTA, S. Difusão do programa Fortalecendo Famílias no Brasil: um estudo com foco nas características da inovação. *In:* UNIVERSIDADE LUSÓFONA DO PORTO. (Org.). **Atas CIAQ 2016 – investigação qualitativa em saúde**. Porto: Universidade Lusófona do Porto, 2016. v. 2.

MOREIRA JÚNIOR, S. **Regulação da publicidade das bebidas alcoólicas**. Brasília: Senado Federal, 2005.

REHM, J. *et al.* Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. **The Lancet**, v. 373, p. 2223, 2009.

SANCHEZ, Z. M. *et al.* Efficacy evaluation of the school program Unplugged for drug use prevention among Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1206, 2016.

SANCHEZ, Z. M. *et al.* Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojunto in Brazil: 21-month follow-up of a randomized controlled trial. **International Journal of Drug Policy**, v. 60, p. 10-17, 2018.

SCHNEIDER, D. R. *et al.* Evaluation of the implementation of a preventive program for children in Brazilian schools. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 508-519, 2016.

TRANSFORM. **Count the costs**: the alternative World Drug Report. 2nd ed. [s.l.]: Transform, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/rDL6yk>. Acesso em: 19 nov. 2018.

UN – UNITED NATIONS. **Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem**. New York: UN, 2016.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem**. New York: UNODC, 2011.

_____. **International standards on drug use prevention**. 2nd ed. New York: UNODC, 2018.

WEST, S. L.; O'NEAL, K. K. Project Dare outcome effectiveness revisited. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 6, p. 1027-1029, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Genebra: WHO, 2010.

Panorama Internacional das Políticas sobre Drogas

Luiz Guilherme Mendes de Paiva[1]

1 INTRODUÇÃO

Este artigo irá apresentar um panorama sucinto da política internacional sobre drogas. Inicialmente, o texto fará breve histórico da construção do sistema internacional de controle de drogas, desde os primeiros documentos sobre controle do comércio internacional de ópio no início do século XX, passando pelas três convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) e chegando até o Plano de Ação da Comissão sobre Narcóticos da ONU, de 2009. Em seguida, serão discutidos os movimentos que culminaram na realização da sessão especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas sobre o Problema Mundial das Drogas (UNGASS 2016), colocando-se a questão sobre a permanência – ou a ruptura – do sistema, tal qual havia sido construído até então. Finalmente, este trabalho irá apontar os atuais caminhos da política internacional de drogas: enquanto parte do mundo implementa iniciativas de regulação de mercados da maconha, outros países aprofundam políticas de repressão e confronto. Ao mesmo tempo, a comunidade internacional debate os esforços para a inclusão das políticas sobre drogas no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

2 ANTECEDENTES

As políticas sobre drogas, entendidas como o conjunto de políticas públicas destinadas a regular a disponibilidade ou proscrever a circulação de determinadas substâncias definidas como tais, são resultantes de sem-número de vetores sociais, culturais, jurídicos, científicos e políticos. Tais elementos operam e interagem entre si não apenas no espaço de soberania dos Estados nacionais, pois se trata de uma pauta essencialmente internacionalizada.

Tal circunstância é facilmente explicável. O mercado de drogas, legais ou ilegais, é transnacional por definição. Particularmente no caso das substâncias derivadas de matérias-primas vegetais, a produção concentra-se em alguns poucos países, gerando a formação de redes legais e ilegais de comércio, para que os produtos sejam levados até os mercados consumidores.

Atualmente, o sistema internacional de controle de drogas é regido em nível global por três convenções da ONU, criadas em 1961, 1971 e 1988. Mas é possível afirmar que o modelo de controle como o conhecemos surgiu no início do século XX, com as primeiras iniciativas diplomáticas para restringir e controlar o comércio internacional de ópio. Foi em 1907 que Reino Unido, China e Índia assinaram o acordo dos dez anos, destinado a banir a exportação de ópio produzido na Índia para território chinês e o cultivo de papoula na China – importante notar que o acordo foi firmado em torno do controle da oferta, que seria o modelo do sistema internacional dali em diante.

O primeiro acordo multilateral destinado a restringir a circulação internacional de drogas é a Convenção Internacional do Ópio, de 1912.[2] Nela, os países signatários comprometeram-se a impedir

1. Gestor público federal. Mestre e doutor em direito penal pela Universidade de São Paulo (USP). Foi secretário nacional de políticas sobre drogas do Ministério da Justiça (MJ).

2. O tratado foi inicialmente assinado por Alemanha, Estados Unidos, China, França, Reino Unido, Itália, Japão, Holanda, Pérsia, Portugal, Rússia e Sião.

a exportação de ópio para países em que a substância fosse proibida, bem como controlar a produção, a importação, o comércio, a distribuição e a exportação de morfina, cocaína e os respectivos sais. É, também, o primeiro documento internacional a incentivar os países a enfrentar o abuso de drogas em seus territórios. O documento somente entrou em vigor em 1919, após o fim da Primeira Guerra Mundial, incorporado ao Tratado de Versalhes e ao sistema da recém-criada Liga das Nações.

É importante ressaltar que, no debate público das últimas décadas do século XIX, havia generalizada preocupação com os efeitos do abuso de ópio na China imperial, muitas vezes apontados como uma das causas de seu colapso (McAllister, 2012, p. 14). O mercado do ópio havia sido controlado por séculos pelas potências coloniais e gerava enormes lucros para os países centrais, o que se mostrou um enorme obstáculo para qualquer discussão sobre restringir a circulação de substâncias psicoativas. Mas a legitimidade política para a construção de um sistema internacional de controle de drogas estava, ao menos em parte, associada à posição de superioridade moral dos defensores de maior restrição no mercado. Ainda assim, a Convenção do Ópio de 1912 não proibiu a circulação e o comércio das substâncias controladas, desde que submetidas à regulação sanitária e exclusivamente para fins científicos e medicinais –linguagem que se repetiria nas futuras convenções internacionais, como veremos.

Na década seguinte, uma série de órgãos e estruturas regulatórias foram criados para assegurar a efetividade do novo regime internacional de controle. Em 1925, uma nova convenção foi aprovada. Entre as novidades estava a criação da Junta Permanente de Controle do Ópio (Permanent Central Opium Board), destinada a monitorar as importações e as exportações de substâncias controladas. Mas, olhando em retrospectiva, a grande inovação da Convenção de 1925 foi a submissão de novas substâncias ao regime de controle internacional – crucialmente, a maconha.[3]

Mais de três décadas separaram a Convenção de 1925, ainda sob os auspícios da Liga das Nações, e a primeira Convenção da ONU sobre Drogas. Nesse período, em que a própria Liga das Nações sucumbiu ao desmantelamento da ordem mundial nos anos prévios à Segunda Guerra Mundial, foi gestado o atual modelo de controle internacional de drogas. A série de convenções e tratados internacionais do período indicou a migração do paradigma regulatório para o proibicionista: a Convenção de 1931 restringiu a circulação de drogas apenas ao volume necessário para fins médicos e científicos, e a Convenção de 1936 introduziu, pela primeira vez, obrigações internacionais de criminalização do tráfico.[4] No pós-guerra, já sob os auspícios da recém-criada ONU,[5] o Protocolo de Drogas Sintéticas (1948), também conhecido como Protocolo de Paris, foi pioneiro ao incluir drogas sintéticas no regime internacional de controle.

Em 1961, foi aprovada a Convenção Única sobre Drogas Narcóticas, ou Convenção de Viena, a primeira das três convenções da ONU sobre drogas e que ainda é o fundamento normativo do regime internacional hoje vigente. O texto, cujo preâmbulo anuncia a preocupação com a saúde e o bem-estar da humanidade, consolidou os inúmeros tratados que a antecederam, incluindo a limitação do uso das substâncias para fins exclusivamente científicos e medicinais[6] e a obrigação de criminalização

3. Para um relato detalhado das circunstâncias em torno da inclusão da Indian Hemp na Convenção de 1925, ver Bewley-Taylor, Jelsma e Blickman (2014).

4. O Artigo 2º da Convenção de 1936 determinava que os Estados-partes deveriam adotar as medidas legislativas necessárias para punir "severamente, particularmente com prisão ou outras medidas de privação da liberdade", condutas relacionadas ao tráfico de drogas (UN, 1936).

5. No mesmo ano, o Conselho Econômico e Social da ONU criou a Comissão sobre Narcóticos (CND, do inglês Comission on Narcotic Drugs), desde então o órgão responsável pela elaboração da política de drogas no âmbito da ONU.

6. Alguns autores mitigam o caráter proibicionista da fórmula que limita o uso de drogas a fins medicinais e científicos, notando que a própria CND indicava que caberia aos Estados-membros a definição, em cada caso, dos parâmetros a aplicar na diferenciação do emprego legal e ilegal das substâncias controladas (Collins, 2016, p. 11).

de determinadas condutas. Também colocou novas substâncias sob controle internacional e criou um órgão regulador da produção e do comércio de drogas, a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (Jife, ou INCB, na sigla em inglês). O pressuposto do sistema regulatório foi o de que o manejo eficiente da demanda lícita pelas substâncias controladas iria reduzir a demanda ilícita.

As Convenções de 1971 e 1988, por sua vez, foram concebidas tendo como pano de fundo o aumento do consumo de drogas nos países centrais, e, mais importante, sob o peso da "guerra às drogas" declarada por Richard Nixon nos Estados Unidos. Muitos autores atribuem o caráter punitivo assumido pelas políticas de drogas nacionais a partir da década de 1970 menos aos termos específicos das convenções da ONU e mais às pressões bilaterais – e à captura dos órgãos internacionais reguladores, como a Jife e o secretariado da ONU – pela agenda essencialmente nacional dos Estados Unidos (Collins, 2016, p. 12). Isso explica o fato, por exemplo, de que a grande maioria dos países estabeleceu – ou ainda estabelece – penas criminais voltadas ao porte de drogas para uso pessoal, ainda que nenhuma das convenções contenha qualquer determinação nesse sentido.

Independentemente da razão, é fato que o sistema internacional de controle de drogas adotou a agenda de repressão da oferta como estratégia predominante, e a construção dos respectivos indicadores e das metas atendeu a essa prioridade. O sucesso ou o fracasso dos países passou a ser medido pela quantidade de drogas apreendidas, erradicadas, pelo número de pessoas presas por tráfico, pelo estabelecimento de leis nacionais restritivas, e assim por diante.

No décimo aniversário da Convenção de 1988, foi realizada a primeira sessão especial da UNGASS. A adoção do *slogan* "Um Mundo Livre de Drogas – Nós Podemos!" pelos Estados-membros é eloquente como síntese da estratégia acordada na ocasião: eliminar completamente, em dez anos, os cultivos de papoula e da coca no mundo. Em outros documentos que se seguiram, o compromisso de eliminar, ou reduzir substancialmente, os cultivos ilícitos de drogas orientou a agenda internacional e influenciou as políticas nacionais sobre drogas. O foco quase absoluto no controle da oferta não passou desapercebido por alguns países, que, já nos anos 2000, começaram a advogar pelo estabelecimento de agendas destinadas à redução da demanda e à retomada do conceito de "responsabilidade compartilhada" entre países produtores e consumidores pelo *problema mundial das drogas*.

Em 2009, a Comissão sobre Narcóticos reuniu-se para avaliar os avanços nos dez anos anteriores e elaborar plano de ação destinado a orientar a política internacional de drogas na década seguinte. O plano, precedido por uma declaração política (UN, 2009) e adotado pela Assembleia-Geral da ONU, reconheceu o princípio da responsabilidade compartilhada entre produtores, consumidores e países de trânsito, e organizou-se nos três eixos que até hoje orientam o funcionamento das burocracias nacionais e internacionais de controle de drogas: redução da demanda, redução da oferta e combate à lavagem de dinheiro. Contudo, apesar do evidente fracasso em alcançar as metas estabelecidas em 1998, as bases do sistema internacional de controle de drogas ainda eram consensuais na diplomacia mundial.

Enquanto isso, alguns países começaram a experimentar novas soluções para problemas locais. A crise de opioides que atingiu várias grandes cidades europeias entre o final da década de 1990 e o início dos anos 2000 foi o estopim para iniciativas locais, como: a disseminação de salas de uso seguro de drogas na Suíça, na Alemanha e, depois, em outros países; a completa reformulação da política de drogas em Portugal, que, em 2001, descriminalizou o porte para uso de todas as drogas – medida que só foi reconhecida como permitida pelo regime internacional em 2008; ou a política de tolerância deliberada com o comércio de maconha na Holanda.

3 A UNGASS 2016

No início da década de 2010, os resultados da estratégia internacional de controle de drogas mostravam-se indubitavelmente desastrosos, e começaram a surgir com mais vigor os primeiros sinais de dissenso. Os indicadores de consumo e de produção de drogas mostraram-se impermeáveis ao enorme investimento internacional em repressão. Grandes cartéis controlavam a economia ilícita de drogas e ampliavam seus desdobramentos no sistema financeiro. O número de pessoas presas por delitos relacionados a drogas aumentou de forma insustentável em muitos países do mundo. Os custos da violência associada aos mercados ilegais não foram distribuídos de maneira equilibrada entre países produtores e consumidores: os índices de homicídios na América Latina, que concentra a maior parte da produção de cocaína do mundo e é rota do comércio ilegal destinado ao maior consumidor mundial – os Estados Unidos –, dispararam.

Em 2012, enquanto vários estados dos Estados Unidos já haviam criado legislações para permitir o uso medicinal da maconha, alguns países da América Latina – notadamente México, Colômbia e Guatemala – expressaram a necessidade de se rediscutir os objetivos acordados no plano de ação de 2009. Em paralelo, a Bolívia rompeu com o sistema internacional de controle ao deixar a Convenção de 1961, para logo depois retornar com reserva à proibição do cultivo de coca. Pouco tempo depois, o Uruguai apresentou sua proposta inovadora de regulação do comércio da maconha como estratégia de redução da violência e enfraquecimento do tráfico local. A articulação diplomática desses países foi capaz de encaminhar e aprovar a proposta de antecipação da UNGASS, anteriormente prevista para 2019, e já estava bastante claro que o consenso de 2009 simplesmente não existia mais.

As experiências heterodoxas europeias, somadas à disposição latino-americana para rediscutir as bases do sistema e às experiência de regulação do comércio da maconha para uso recreativo em alguns estados dos Estados Unidos, criaram a expectativa de que os próprios fundamentos do regime de controle internacional de drogas pudessem ser questionados. Contudo, todo o entusiasmo ocidental não era compartilhado por outros atores centrais na diplomacia da ONU. Países como Rússia, China e a maior parte dos países asiáticos discordavam de qualquer menção a revisar as três convenções, e mantiveram sua oposição a qualquer tipo de abrandamento do sistema. De fato, olhando em retrospecto, a persistência de políticas nacionais extremamente repressivas em boa parte do mundo – com dezenas de países que ainda preveem pena de morte para crimes de drogas – não permitia nutrir maiores esperanças em se alcançar um processo consensual de reforma.

Foi nesse cenário que se realizou a UNGASS, em abril de 2016. Seu documento final (UN, 2016a) foi considerado uma grande concessão pelos que esperavam uma demonstração de força do sistema internacional de controle de drogas, e extremamente decepcionante pelos que apostavam em um rompimento definitivo do regime vigente desde 1961.

De um lado, o documento abandonou o tripé *controle de demanda-controle de oferta-combate à lavagem de dinheiro*: o texto foi dividido em sete capítulos, que trataram de saúde até o combate ao crime organizado, passando pelo sistema de justiça e por políticas de desenvolvimento. Um dos eixos cuida exclusivamente de direitos humanos, uma grande lacuna dos documentos anteriores, com referências específicas sobre gênero, populações vulneráveis, parâmetros de justiça e combate ao superencarceramento. De outro, diante da forte oposição de alguns países, manteve-se incapaz de sequer incorporar o termo *redução de danos*, mesmo já tendo sido utilizado em outros documentos da ONU. A impossibilidade de censura à pena de morte e a falta de referência expressa à descriminalização do uso também demonstram a incapacidade dos países progressistas em superar os vetos e avançar em temas centrais.

Ademais, ficou claro que não seria possível flexibilizar as bases do regime internacional de controle. Considerando que uma das premissas do sistema de 1961 é a vedação ao uso não científico ou medicinal das substâncias submetidas ao controle mais rígido, nas quais se inclui a maconha, a existência de experiências nacionais de regulação era o símbolo da ruptura iminente do sistema. O problema não foi solucionado pela UNGASS; foi simplesmente ignorado pelo documento final. No entanto, o tema da regulação da maconha foi o elefante na sala que, em retrospecto, pode simbolizar o fim do consenso.

4 O FUTURO DA POLÍTICA INTERNACIONAL DE DROGAS

O que esperar do sistema internacional de controle de drogas, após a ruptura sinalizada por sua incapacidade de incorporar – ou de punir – as experiências locais que contradizem seus próprios fundamentos?

A avaliação do documento final da UNGASS tem percorrido um curioso arco: se, em abril de 2016, o resultado foi considerado um fracasso pelo campo progressista e um sucesso pelos países conservadores, em 2018 a situação inverteu-se quase que por completo. As inovações estruturais e temáticas possibilitaram a disseminação de novas agendas locais, bem como experimentos de cooperação entre agências da ONU em níveis inéditos. Tais desenvolvimentos não estavam na conta dos principais defensores da ordem vigente, que, nas negociações atuais, têm defendido o abandono do texto acordado em Nova Iorque e o retorno às premissas de 2009.

As incertezas são enormes no cenário diplomático. Os países latino-americanos que lideraram o movimento de reforma no início da década não estão mais na linha de frente, por conta de mudanças nos contextos políticos locais. No Sudeste Asiático, alguns países têm adotado políticas violentamente repressivas que, lamentavelmente, têm sido observadas com interesse por seus vizinhos, e não há qualquer sinal de abrandamento da situação no Oriente Médio. Por outro lado, além da consolidação do modelo uruguaio, as experiências de regulação da maconha para uso recreativo intensificaram-se nos Estados Unidos, e o Canadá também aprovou seu próprio modelo de legalização do comércio e do uso da *cannabis*. Não é crível que o regime internacional de controle seja capaz de submeter tais países às regras de 1961. Em outras palavras, o sistema não é mais consensual, e, ao manter-se assim, não terá forças para manter-se relevante.

Para saber se o possível colapso do regime é boa ou má notícia, é preciso retornar aos fundamentos do sistema, no início do século XX. A criação de mercados locais regulados em países como Estados Unidos e Canadá parece o prenúncio de um movimento mais amplo e inexorável de regulação internacional da maconha. Se é possível esperar avanços em políticas regulatórias locais, novidades na utilização medicinal da *cannabis* e experiências inovadoras no combate à violência associada ao tráfico, também é preciso cuidar para resistir ou mitigar os esperados efeitos decorrentes da assimetria e da desigualdade no comércio internacional. Países como o Brasil devem se preparar para conduzir o processo atendendo a seus próprios interesses, para não serem atropelados pela imposição de um novo mercado sem que tenham desenvolvido capacidade de prever ou lidar com as consequências econômicas, sociais e sanitárias.

A fragmentação do sistema de controle de drogas pode ter consequências ambíguas também em outros aspectos. Pode ser uma ótima oportunidade para superar a proverbial impermeabilidade da política de drogas a outras agendas do sistema ONU, como saúde, direitos humanos e desenvolvimento. Por outro lado, o enfraquecimento do regime internacional pode reduzir a capacidade de controlar a

circulação de substâncias importantes como a morfina, com o risco de agravar ainda mais o problema de sua falta de disponibilidade em países periféricos, ou tornar os excessos punitivos locais ainda mais invisíveis para a comunidade de direitos humanos.

Finalmente, a ausência de parâmetros internacionais pode induzir o desenvolvimento de experiências locais bem-sucedidas, fundadas em novos indicadores baseados em desenvolvimento humano, saúde e redução da desigualdade. Mas pode, também, favorecer a disseminação de políticas autoritárias e repressivas. Por isso, antes de celebrar o iminente desmoronamento do sistema internacional de controle de drogas, é preciso cuidar para que o novo modelo seja efetivamente promissor.

Entre os extremos de desmoronamento do regime internacional de controle de drogas e a sua (improvável) manutenção nos termos em que foi concebido, a solução intermediária parece ser a mais promissora para quem ainda acredita no potencial das relações internacionais para organizar e estimular o desenvolvimento de políticas locais coerentes e fundadas em valores humanistas. Mas, para que isso seja possível, os esforços da diplomacia internacional devem estar direcionados para resolver dois grandes problemas: *i)* acomodar nas regras do sistema as experiências nacionais de regulação da *cannabis*; e *ii)* desenvolver novos indicadores e métricas para avaliar as políticas nacionais e internacionais sobre drogas, coerentes com os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS).

Com relação ao primeiro aspecto, é preciso ressaltar que tal objetivo pode ser fundamentado tanto por impulsos progressistas quanto de defesa institucional do sistema. Isso porque as experiências locais de regulação da maconha são inexoráveis, especialmente depois das alterações legais na Califórnia (Estados Unidos) e no Canadá. A entrada de dois pesos-pesados da economia mundial nesse mercado indica, claramente, que será difícil resistir por muito tempo às pressões econômicas, políticas e culturais para a abertura do comércio internacional. Manter um regime multilateral de controle que mantenha tais experiências na ilegalidade servirá apenas para desacreditar o sistema.

Por isso, os parâmetros da Convenção de 1961 devem ser reformados de maneira a permitir um mínimo de flexibilidade, seja no conceito de *uso científico ou medicinal*, seja na posição da *cannabis* na lista de substâncias controladas. Qualquer das soluções envolverá riscos, negociações delicadas e provavelmente frustrantes com a metade do mundo, que não admite qualquer flexibilização. Contudo, tal movimento deve ser feito rapidamente caso se pretenda que o sistema mantenha alguma integridade.

O segundo aspecto é menos dramático, porém mais complexo. Como já ressaltado, a política internacional de drogas mantém-se praticamente isolada de outras agendas internacionais, o que levou ao desenvolvimento de políticas locais que comprometem negativamente outros objetivos de políticas públicas. Por exemplo, o foco em metas de erradicação e apreensão de drogas induz a formulação de políticas que causam impacto negativo no desenvolvimento rural, na redução da desigualdade, no acesso à saúde – todos, em si mesmos, objetos de outras políticas governamentais e que, muitas vezes, também estão inseridas em agendas internacionais.

Por isso, é preciso que as políticas de drogas reforcem, e não se contraponham, aos objetivos mais amplos das políticas públicas nacionais e internacionais. Isso significa adotar um conjunto de indicadores e métricas que sejam coerentes e coordenados: um programa de repressão ao tráfico afeta políticas de educação quando envolve o fechamento de escolas públicas por meses a fio; um programa de prevenção que aumente o estigma sobre pessoas que usam drogas é incoerente com o objetivo de ampliar o acesso à saúde, e assim por diante.

Coordenar os indicadores das políticas de drogas com outras agendas relevantes de políticas públicas não é trivial. Para começar, isso envolveria a reprogramação de um conjunto de indicadores e métricas que orientou a formação das burocracias nacionais e internacionais sobre drogas, cuja capacidade de resistência não deve ser menosprezada. Além disso, projetos e recursos nacionais e internacionais são aplicados tendo como base os critérios tradicionais de avaliação, e os beneficiários desse fluxo de investimentos não concordarão com o redirecionamento temático.

Mas há, no próprio sistema ONU, uma forma de alinhar as políticas de drogas a objetivos mais ecumênicos: a incorporação, à agenda internacional de drogas, dos ODS.[7] Tal caminho já é sugerido pelo documento final da UNGASS, ao recomendar, no preâmbulo, que os Estados-membros explorem a possibilidade de se utilizar indicadores de desenvolvimento humano, sustentabilidade ambiental e outras métricas coerentes com os ODS.

A utilização dos ODS como objetivos gerais deve orientar os Estados-membros a desenvolver políticas de drogas não apenas coerentes pela métrica tradicional, mas aderentes às metas mais amplas, acordadas pela comunidade internacional. O objetivo 16, por exemplo, visa "promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis", e sua primeira meta é "reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares" (UN, 2016b). Uma política de drogas baseada em confronto e violência letal, por exemplo, é contrária a esse objetivo geral e deve ser assim reformulada.

Mas, além de induzir a adoção de políticas locais coerentes, os ODS são uma poderosa ferramenta para induzir uma bem-vinda sinergia entre as agências da ONU. Os objetivos são, por definição, inter-relacionados e interdependentes. O objetivo de reduzir a desigualdade afeta e é afetado por medidas de acesso à educação, que, por sua vez, estão relacionadas com o objetivo de se alcançar padrões sustentáveis de produção e consumo. Nesse sentido, agências como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) deverão trabalhar em conjunto, na esfera internacional e em seus projetos locais, o que abre uma enorme janela para que o sistema internacional de controle de drogas torne-se mais permeável a novos indicadores e métricas e, assim, mais coerente com seu papel de promotor da saúde e do bem-estar da humanidade.

Resta saber se os países que participarão das discussões sobre o plano de ação da ONU em 2019 saberão aproveitar a oportunidade. Caso contrário, teremos apenas uma certeza: o regime de controle de drogas internacional, erguido e mantido ao longo do século XX, tornar-se-á rapidamente uma peça obsoleta.

REFERÊNCIAS

BEWLEY-TAYLOR, D.; JELSMA, M.; BLICKMAN, T. **The rise and decline of cannabis prohibition**. Amsterdam: TNI/GDPO, 2014.

7. Para uma discussão sobre as perspectivas de alinhamento entre os ODS e os objetivos das políticas de drogas, ver IPI (2018).

COLLINS, J. Development first: multilateralism in the post-"war on drugs" era. *In:* COLLINS, J. (Ed.). **After the drug wars**. London: LSE Ideas, 2016.

IPI – INTERNATIONAL PEACE INSTITUTE. International Expert Group on Drug Policy Metrics. **Aligning agendas**: drugs, sustainable development, and the drive for policy coherence. New York: IPI, 2018. Disponível em: <https://goo.gl/KdTXHd>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MCALLISTER, W. B. Reflections on a century of international drug control. *In:* COLLINS, J. (Ed.). **Governing the global drug wars**. London: LSE Ideas, 2012.

UN – UNITED NATIONS. Narcotic drugs and psychotropic substances. *In:* CONVENTION FOR THE SUPPRESSION OF THE ILLICIT TRAFFIC IN DANGEROUS DRUGS, 1936, Geneva. **Annals...** Geneva: League of Nations, 1936. Disponível em: < https://goo.gl/Jdcwrq>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem**. New York: UN, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/YMa26g>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **UNGASS Outcome Document**. New York: UN, 2016a. Disponível em: <https://goo.gl/Fy43Gw>. Acesso em: 19 nov. 2018.

_____. **Agenda 2030**: objetivos de desenvolvimento sustentável. New York: UN, 2016b. Disponível em: <https://goo.gl/61RZq3>. Acesso em: 19 nov. 2018.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

REED, W. B. Treaties and documents concerning opium. **The American Journal of International Law**, v. 3, n. 3, p. 253-275, 1909. Disponível em: <https://goo.gl/9CqbYd>. Acesso em: 19 nov. 2018.

UN – UNITED NATIONS. Narcotic drugs and psychotropic substances. *In:* INTERNATIONAL OPIUM CONVENTION, 1925, Geneva. **Annals...** Geneva: League of Nations, 1925. Disponível em: <https://goo.gl/biyfXL>. Acesso em: 19 nov. 2018.

Do #vidasnasfavelasimportam ao #nóspornós: a juventude periférica no centro do debate sobre política de drogas

Ana Clara Telles[1]
Luna Arouca[2]
Raull Santiago[3]

1 INTRODUÇÃO: PELA MIRA DO FUZIL

> A guerra às drogas afeta diretamente o nosso dia a dia. Para nós, significa escolas fechadas, mudança na rotina, medo de sair de casa, preocupação extrema com o nosso bem-estar e o da nossa família. Em nome dessa guerra, o Estado justifica uma série de violações de direitos contra nós, jovens de favelas e periferias. Mas essa guerra não é nossa. Não fomos nós que declaramos a guerra às drogas. Não fomos nós que decidimos que algumas drogas seriam consideradas legais e outras, ilegais. Mas somos nós que morremos por conta dela (Movimentos, 2017).

No Brasil, a política da guerra às drogas afeta desproporcionalmente as regiões periféricas dos centros urbanos. Não é novidade que as favelas são vistas por parte da sociedade brasileira como territórios da precariedade e da carência, caóticos, violentos, que precisam ser controlados e reprimidos. Nas últimas décadas, a figura do "traficante", diretamente associada à imagem já estigmatizada das periferias, passou a representar o inimigo número um do país no imaginário popular, acentuando ainda mais o caráter repressivo das políticas públicas que chegam aos territórios favelados.

É pela mira do fuzil que o Estado brasileiro olha para as favelas e periferias. E, no que se refere à política de drogas, a estratégia prioritária adotada pelos governos é a do confronto e a da guerra. As táticas para combater o mercado ilegal de drogas são bem conhecidas por todos: incursões policiais frequentes, fazendo uso irrestrito de armamento pesado, com o objetivo declarado de desmantelar organizações criminosas e apreender substâncias ilícitas. Colocados na linha de frente, os moradores das periferias ficam expostos à violência cotidiana derivada de operações "antidrogas" e de disputas territoriais pelo controle do mercado ilegal. Nesse contexto, seus direitos mais básicos são sistematicamente violados: aulas são canceladas, trabalhadores ficam com medo de sair de casa, comércios e equipamentos públicos fecham as portas. E, o que é pior: centenas de vidas, a maioria delas de jovens negros, são perdidas.

O coletivo Movimentos nasce com o propósito de debater alternativas à atual política da guerra às drogas a partir da perspectiva de quem é mais afetado por ela: a juventude favelada e periférica. Construído a partir de um modelo institucional híbrido, o coletivo foi concebido por jovens ativistas, comunicadores e artistas de diferentes favelas da região metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) com apoio do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (Cesec), da Universidade Cândido Mendes

1. Doutoranda no Instituto de Relações Internacionais da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), mestra em relações internacionais pela mesma instituição e especialista em análise de políticas públicas pelo Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Foi pesquisadora do Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (Cesec) entre 2014 e 2018, onde coordenou o projeto Movimentos.

2. Formada em serviço social pela UFRJ e mestra em ciência política pela École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), Paris. Pesquisadora do Cesec na área de política de drogas e prisão provisória e coordenadora do Espaço Normal, espaço de referência sobre drogas da Redes da Maré.

3. Ativista social e midiativista no coletivo Papo Reto, coletivo de comunicação independente composto por jovens moradores dos Complexos do Alemão e da Penha. Coordenador do projeto Movimentos, do Cesc.

(Ucam). Desde sua criação, o Movimentos persegue um objetivo duplo: por um lado, levar o debate sobre política de drogas para dentro das favelas e periferias brasileiras; por outro, trazer as vozes, os rostos e os corpos favelados e periféricos para o centro do debate que já está sendo feito em outros espaços.

O objetivo deste artigo é delinear a conjuntura que está por trás da criação do Movimentos; a experiência do coletivo na construção de novos entendimentos sobre política de drogas a partir da perspectiva das favelas e das periferias; e os princípios que acreditamos que devem guiar a busca por políticas mais justas e eficazes no combate ao racismo e às desigualdades que alimentam a guerra às drogas.

2 GUERRA ÀS DROGAS, GUERRA ÀS FAVELAS

Nos últimos anos, o debate sobre política de drogas no Brasil passou por importantes mudanças, ainda que modestas. Dois movimentos destacam-se na história recente do campo antiproibicionista: a articulação entre líderes políticos e personalidades mundiais capitaneada pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, que culmina na criação da Comissão Global sobre Política de Drogas e no lançamento do documentário *Quebrando o Tabu*, de 2011; e a mobilização de pacientes de maconha medicinal e de seus familiares na luta pela regulamentação do acesso à medicação adequada, processo bem retratado no filme *Ilegal*, de 2014.

Sem dúvida, esses movimentos foram cruciais para fazer avançar o debate e para dar fôlego a mudanças na política de drogas. Em janeiro de 2015, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) retirou o canabidiol, princípio ativo da maconha, da lista de substâncias proibidas, empecilho crucial para a importação de medicamentos derivados da *cannabis.* Em agosto do mesmo ano, o Supremo Tribunal Federal (STF) começou a discutir a descriminalização do porte de drogas para consumo próprio. Especialmente no que se refere à maconha medicinal, importantes avanços foram conquistados desde então, a começar pela concessão de *habeas corpus* para que treze famílias possam plantar e produzir o óleo de *cannabis* para finalidades terapêuticas, e pela permissão de registro, junto à Anvisa, do primeiro medicamento à base de derivados da *cannabis.* Mais recentemente, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) anunciou um plano de pesquisa para a produção de *cannabis* para uso medicinal.

No entanto, a despeito desse cenário timidamente animador, no que diz respeito à guerra às drogas e a seus impactos na população pobre e periférica, testemunhamos o retrocesso. Os últimos dados divulgados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública mostram que o Brasil atingiu a marca das 60 mil mortes em 2016. No país com o maior número absoluto de homicídios no mundo, a taxa mais alta de mortes violentas concentra-se na faixa dos 21 anos (Cerqueira *et al.*, 2017). Entre 2005 e 2015, a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 29 anos aumentou 17% – isso significa que, nesse mesmo período, 318 mil jovens foram assassinados no país (*ibidem*). Embora não seja possível estimar quantas dessas mortes estão relacionadas às drogas, sabemos que boa parte delas é provocada pela violência causada pelo combate militarizado ao "narcotráfico".

Só que a guerra às drogas não atinge a juventude de forma homogênea: hoje, no país, os jovens negros têm mais chance de serem assassinados do que os jovens não negros. De cada cem pessoas que sofrem homicídio no país, 71 delas são negras (Cerqueira *et al.*, 2017). E os dados mostram que, em vez de melhorar, essa situação tem se agravado: na última década, a taxa de homicídios da população negra aumentou 18%, enquanto a mesma taxa entre as pessoas de outras raças e etnias diminuiu 12% (*ibidem*). Os custos da guerra às drogas recaem desproporcionalmente sobre os jovens negros, a maioria do sexo masculino.

Olhar para o número de homicídios é apenas uma forma de tentar entender o impacto da "guerra às drogas" na sociedade. Quando consideramos as taxas de encarceramento, o quadro de violência e desigualdade permanece o mesmo. O Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo, sendo o crime de tráfico de drogas a causa mais recorrente das prisões. Desde a nova Lei de Drogas (Lei nº 11.343, de 2006), o número de presos por tráfico aumentou 339% (D'Agostino, 2015). Assim como no caso dos homicídios, as pessoas negras são impactadas em proporção maior do que o restante da população: ainda que os negros representem pouco mais de 53% da sociedade brasileira, 64% das pessoas presas no país são negras (Brasil, 2016).

E onde a guerra às drogas é travada? Embora as drogas circulem por toda a cidade, somente as favelas e as periferias sentem os impactos violentos do combate ao mercado ilícito dessas substâncias. Dados recentes divulgados pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro mostram que a maior parte das prisões em flagrante pelo crime de tráfico de drogas acontece nas periferias da região metropolitana (RM) (Haber, 2018). No Complexo da Maré, conjunto de favelas localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro, 41 operações policiais foram realizadas em 2017; em média, uma operação a cada nove dias (Redes da Maré, 2017). Nesse mesmo ano, os confrontos armados vitimaram 42 pessoas na Maré e deixaram mais 57 feridos; ao todo, foram 45 dias sem atividades nos postos de saúde da região e 35 dias em que as aulas foram suspensas.

E o que aconteceu no Complexo da Maré em 2017 não é a exceção, mas a regra: dados similares foram coletados pelo coletivo Papo Reto para a região do Complexo do Alemão, também na Zona Norte.[4] Nessa mesma linha, estatísticas sistematizadas pelo Observatório da Intervenção, do Cesec, mostram que a recente intervenção decretada pelo governo federal na área de segurança pública do estado do Rio de Janeiro investe prioritariamente nas operações policiais em favelas e periferias, com recorde no número de mortes.[5] Não à toa, nos últimos anos, popularizou-se, nas redes sociais, a *hashtag* #vidasnasfavelasimportam, com o objetivo de dar visibilidade às violações cometidas no contexto da militarização cotidiana das periferias em nome do "combate às drogas".

Tudo isso mostra que os impactos da guerra às drogas recaem sobre a sociedade de maneira seletiva e desigual. Embora as drogas sejam ilegais para todos, escolhemos prender e matar os jovens negros e moradores das favelas e das periferias das nossas cidades. A raiz desse problema está na própria forma como construímos nossas políticas de drogas: apostando na repressão ao varejo do tráfico e na violência contra a população pobre, negra e periférica como forma de lidar com o uso dessas substâncias.

Por isso mesmo, faz-se necessário aprofundar o debate sobre as consequências da guerra às drogas nos territórios periféricos e favelados. Mas, ainda mais importante, é preciso abrir espaço para que aqueles e aquelas que mais sofrem os impactos da guerra às drogas tomem a frente no debate sobre mudanças nas políticas de drogas, tornando-se os seus protagonistas.

3 DO #VIDANASFAVELASIMPORTAM AO #NÓSPORNÓS

O Movimentos nasceu da necessidade de criar espaços em que a perspectiva da juventude favelada e periférica sobre política de drogas fosse colocada em primeiro plano. Com esse objetivo em mente, em maio de 2016 o Cesec reuniu dez jovens de favelas do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Salvador para participar de uma oficina de formação três dias sobre política de drogas no Rio de Janeiro.

4. Ver o *site* institucional do coletivo, disponível em: <https://goo.gl/eJfq6F>. Acesso em: 19 nov. 2018.
5. Disponível em: <https://goo.gl/kGfuLS>. Acesso em: 19 nov. 2018.

Desde então, o grupo reúne-se periodicamente para construir ferramentas e pensar atividades sobre política de drogas a partir da perspectiva das favelas e das periferias.

Nos dois primeiros anos de existência, o coletivo participou de debates, seminários e programas de TV e rádio; deu aulas e oficinas sobre o tema em escolas públicas e particulares, pré-vestibulares comunitários e projetos sociais; promoveu eventos educativos e culturais junto a coletivos e grupos organizados de favelas; e conduziu uma pesquisa qualitativa com trinta jovens-lideranças de diferentes favelas da cidade do Rio de Janeiro para conhecer o que eles pensam sobre o tema. Além disso, o grupo criou a cartilha *Movimentos: drogas, juventude e favela* (Movimentos, 2017). Pensada e construída de forma colaborativa, a publicação reúne os principais dados e informações sobre política de drogas em linguagem acessível, com o objetivo de auxiliar a introdução desse debate em escolas, coletivos e projetos sociais dentro e fora das favelas.

No final de 2017, o Movimentos organizou uma imersão de três dias com jovens de favelas e periferias de todo o Brasil para começar a construir uma agenda nacional da juventude periférica sobre política de drogas. Assim nasceu o 1º Movimente-se, encontro da juventude periférica para debater política de drogas, que reuniu 25 jovens de dez estados diferentes e que atuam em coletivos, instituições e iniciativas comunitárias nos temas de direitos humanos, segurança pública, racismo e juventude. A partir desse encontro, foram sistematizadas 21 propostas abrigadas em seis eixos de atuação: *i)* empoderamento da juventude periférica; *ii)* democratização da mídia; *iii)* participação popular; *iv)* investimento em educação e cultura; *v)* fortalecimento da redução de danos; e *vi)* fiscalização da atuação policial.

As propostas formuladas pelos participantes do 1º Movimente-se deixam claro que, quando os protagonistas do debate mudam, as prioridades também se transformam. Uma das primeiras lições aprendidas nos dois primeiros anos do Movimentos foi a de que falar sobre política de drogas com e a partir da perspectiva das favelas e das periferias significa abordar temas mais amplos e complexos, que incluem: a dificuldade de acesso a serviços públicos de qualidade para quem faz uso problemático de drogas; a ausência de políticas públicas para a juventude dos territórios periféricos; os desafios de comunicar sobre a necessidade de mudanças política de drogas em um contexto de concentração da mídia nas mãos de poucos e influentes veículos; a necessidade de repensar o papel das polícias na sociedade brasileira e sua atuação em favelas e periferias, entre muitas outras questões.

Além disso, também aprendemos que não é possível debater política de drogas sem discutir racismo, criminalização da pobreza e desigualdade como questões centrais e estruturantes, visto que são fenômenos que andam lado a lado com a guerra às drogas, reforçando-a ao mesmo tempo em que se alimentam dela. Ainda que os movimentos sociais tenham sempre sido parte importante do campo antiproibicionista nos últimos anos, é possível atestar o florescimento de inúmeras iniciativas voltadas para o debate racial e de gênero dentro do campo da política de drogas, como é o caso da Iniciativa Negra por Uma Nova Política de Drogas (INNPD) e da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (Renfa). O processo de criação e consolidação do Movimentos insere-se em um contexto de ampliação da participação de coletivos e organizações de base no debate sobre política de drogas a partir de uma perspectiva intersecional, que entende a discussão sobre múltiplas desigualdades crucial para se pensar novas políticas de drogas.

Por isso mesmo, o Movimentos acredita que, para que mudanças nas políticas de drogas tragam impactos positivos para a vida dos moradores de favelas e periferias, é necessário ir além da discussão

sobre descriminalização e regulação. É preciso pensar modelos alternativos que assegurem inclusão e participação de populações historicamente marginalizadas e diretamente impactadas pela guerra às drogas; que fortaleçam serviços e políticas públicas efetivas nos territórios periféricos; que deem oportunidades e perspectivas para a juventude das favelas e periferias; e que reparem os danos materiais, físicos e psicológicos de décadas de políticas fracassadas.

Exemplos atuais mostram-nos que reformas nas políticas de drogas, por si só, não dão conta de toda uma conjuntura de desigualdades e violências de natureza social e racial relacionadas à guerra às drogas. Nos Estados Unidos, em que nove estados já legalizaram o mercado de maconha, as experiências de regulação nem sempre têm trazido mudanças na vida das pessoas que mais eram impactadas pela guerra às drogas. É o caso do estado de Washington, em que as restrições para que pessoas que já foram condenadas por crimes relacionados a drogas participem do comércio legal têm feito com que a parte da população diretamente impactada pela proibição seja excluída do processo de legalização (Can convicted..., 2017). O mercado, agora legalizado, passa de mãos: da juventude pobre, majoritariamente negra e latina, envolvida no mercado clandestino, aos jovens empresários, em geral brancos, que nunca precisaram sujar suas mãos. Não à toa, na Califórnia, último estado norte-americano a aprovar a regulação do mercado da maconha, as discussões sobre políticas de reparação para os impactos sociais e raciais da proibição têm se tornado centrais – puxadas, sobretudo, por movimentos sociais atentos aos problemas das experiências anteriores.

Esses exemplos deixam claro que, para que reformas nas políticas de drogas de fato tragam efeitos positivos para as favelas e as periferias, é preciso fazer um esforço consciente e determinado a construir modelos que lidem diretamente com as desigualdades. E nós, do Movimentos, acreditamos que, para que isso aconteça, é preciso colocar as favelas e as periferias no centro do debate, como protagonistas. A juventude periférica é ativa, engajada, conectada e informada, e circula por diferentes espaços das cidades. Investir em lideranças jovens de favelas e periferias é a melhor estratégia que temos à mão para construir alternativas à atual política de drogas que de fato tragam impacto positivo a quem mais sofre com a guerra às drogas.

É o #nóspornós: "nada sobre nós sem a nossa participação".

4 CONCLUSÃO: FAVELA É POTÊNCIA

A guerra às drogas afeta diretamente o cotidiano das favelas e das periferias. Em nome do "combate às drogas", os governos justificam uma série de violações de direitos contra seus moradores e, especialmente, contra sua juventude. Mas, em meio a um cenário de desigualdades, racismo e violência, as favelas e as periferias seguem inovando e sobrevivendo com muita criatividade e inteligência. Todos os dias, novas ferramentas são criadas e novas soluções são pensadas para dar conta de um contexto de ausência de políticas públicas e de presença ostensiva do braço violento do Estado.

As periferias são o centro, não a margem. É núcleo que fervilha soluções e mantém as cidades vivas e funcionando. Por isso, elas têm de estar no centro de processos que discutem mudança. Se queremos novas políticas de drogas que rompam com relações sociais históricas fundadas no racismo, na desigualdade e na violência, precisamos abrir espaço para que as favelas e as periferias tomem a dianteira nessa discussão.

A partir da nossa pesquisa realizada junto a trinta jovens-lideranças de favelas da cidade do Rio de Janeiro, sistematizamos seis pistas que podem ajudar a guiar o debate sobre política de drogas

feito dentro e a partir das periferias.[6] São elas: *i)* a lógica da guerra que permeia as políticas de drogas atuais precisa estar no centro do debate; *ii)* para falar sobre política de drogas, é necessário abordar o racismo, a desigualdade e a criminalização da pobreza que atuam na sua base; *iii)* é preciso construir formas inovadoras de falar sobre drogas com as favelas; *iv)* o debate sobre política de drogas nas favelas e nas periferias deve ir além da descriminalização e da legalização; *v)* as religiões e os demais espaços de manifestação da espiritualidade devem ser incluídos no debate, em vez de relegados; e *vi)* a juventude pode e deve ser ator-chave nesse processo.

O objetivo deste artigo foi justamente mostrar que a juventude favelada e periférica está organizada e preparada para ocupar esse debate. Felizmente, o Movimentos é uma iniciativa entre muitas outras criadas por jovens das favelas e das periferias brasileiras que florescem dia após dia com sede por transformação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias**. Brasília: MJ, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/7BXMSJ>. Acesso em: 19 nov. 2018.

CAN CONVICTED felons get a cannabis business license? **Leafly**, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/9yktT2>. Acesso em: 19 nov. 2018.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: Ipea; FBSP, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/sNSSXv>. Acesso em: 19 nov. 2018.

D'AGOSTINO, R. Com Lei de Drogas, presos por tráfico passam de 31 mil para 138 mil no país. **G1**, São Paulo, 24 jun. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/mQCGkB>. Acesso em: 19 nov. 2018.

HABER, C. (Coord.). **Relatório final da pesquisa sobre sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://goo.gl/vE2r5d>. Acesso em: 19 nov. 2018.

MOVIMENTOS. **Movimentos**: drogas, juventude e favela. [s.l.]: Movimentos, 2017.

REDES DA MARÉ. **Boletim Direito à Segurança Pública na Maré**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/rQwpUX>. Acesso em: 19 nov. 2018.

6. Para ter acesso à pesquisa, visite: <https://goo.gl/xsy97E>. Acesso em: 19 nov. 2018.

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Assessoria de Imprensa e Comunicação

EDITORIAL

Coordenação
Ipea

Revisão e editoração
Editorar Multimídia

Capa
Herllyson da Silva Souza

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Livraria Ipea
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, Térreo
70076-900 – Brasília – DF
Tel.: (61) 2026 5336
Correio eletrônico: livraria@ipea.gov.br

Composto em Adobe Garamond Pro 11 (texto)
Frutiger 67 Bold Condensed (títulos, gráficos e tabelas)
Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

APRESENTAÇÃO

POR QUE DESCRIMINALIZAR O USO, A PRODUÇÃO E A COMERCIALIZAÇÃO DAS DROGAS?
Cristiano Maronna
Gabriel Elias

LAS POLÍTICAS DE DROGAS Y EL ESTADO: UNA APROXIMACIÓN PARA UNA POLÍTICA DE MITIGACIÓN DE RIESGOS
Oliver D. Meza
Edgar Guerra
Gabriel Corona

O NOVO NEM SEMPRE VEM: LEI DE DROGAS E ENCARCERAMENTO NO BRASIL
Marcelo da Silveira Campos

O CONSUMO DE DROGAS E SEUS CONTROLES
Frederico Policarpo

ESCOLHAS MORAIS E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NO DEBATE SOBRE POLÍTICA DE DROGAS
Mauricio Fiore

MITOS E EVIDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Débora Medeiros
Luís Fernando Tófoli

A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: AVANÇOS E RETROCESSOS
Andrea Gallassi

O PARADIGMA DA REDUÇÃO DE DANOS NA CLÍNICA COM USUÁRIOS DE DROGAS: INFLEXÕES, DESLOCAMENTOS E POSSIBILIDADES DE ESCUTA E POSICIONAMENTO CLÍNICO
Iara Flor Richwin Ferreira

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E A DISPUTA ENTRE MODELOS DE ATENÇÃO E CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS
Maria Paula Gomes dos Santos

A PREVENÇÃO AO USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS
Leon de Souza Lobo Garcia

PANORAMA INTERNACIONAL DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Luiz Guilherme Mendes de Paiva

DO #VIDASNASFAVELASIMPORTAM AO #NÓSPORNÓS: A JUVENTUDE PERIFÉRICA NO CENTRO DO DEBATE SOBRE POLÍTICA DE DROGAS
Ana Clara Telles
Luna Arouca
Raull Santiago

ISSN 2237620-8

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO