

POLÍTICAS PÚBLICAS E USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS PARADIGMAS BRASILEIRO E PORTUGUÊS

Discente: Mariana Torrezani Torres Gonçalves

Orientador: Gustavo de Carvalho Marin

RESUMO

O presente trabalho analisa comparativamente as políticas públicas de drogas no Brasil e em Portugal, com enfoque nos impactos do paradigma proibicionista e da política de redução de danos nos indicadores de saúde. Parte-se da constatação de que o modelo brasileiro, fortemente ancorado no punitivismo, contribui para o encarceramento em massa, a estigmatização de usuários e a persistência de elevados índices de uso problemático de substâncias psicoativas. Em contrapartida, o modelo português, baseado na descriminalização do consumo e em políticas de saúde pública, apresenta resultados mais eficazes na redução de mortes, infecções e no tratamento de dependentes. A pesquisa, desenvolvida a partir de revisão bibliográfica e análise de dados secundários, demonstra que políticas orientadas pela saúde e pela dignidade humana oferecem respostas mais efetivas ao fenômeno das drogas, ao passo que a lógica repressiva tende a agravar vulnerabilidades sociais. Conclui-se pela necessidade de o Brasil construir um modelo próprio, inspirado em boas práticas internacionais, mas adequado à sua realidade social, política e cultural.

Palavras-chave: Políticas de Drogas; Redução de Danos; Proibicionismo; Saúde Pública.

1. INTRODUÇÃO

As drogas não foram historicamente objeto de proibição. Ao contrário, sempre estiveram inseridas na dinâmica social, desempenhando funções distintas de acordo com o contexto histórico e cultural. O que se modificou ao longo do tempo não foi a presença dessas substâncias, mas os papéis a elas atribuídos e os usos que delas se fizeram. Em diferentes períodos, foram utilizadas com finalidades mágicas, religiosas, medicinais, afrodisíacas e até bélicas, evidenciando que sua significação esteve sempre vinculada às necessidades e valores de cada sociedade.

À vista disso, a partir do século XX, o tema das drogas deixou de ser tratado como uma mera questão terapêutica, considerando que substâncias como o álcool eram largamente utilizadas em procedimentos cirúrgicos e anestésicos, e passou a configurar-se como um instrumento de poder, sustentado pelo elevado volume de recursos financeiros envolvidos e pela intensa influência política e econômica que mobiliza (TORCATO, 2016).

Nesse contexto, a criminalização e a exploração midiática do tema revelam-se estratégias que, em vez de promoverem soluções efetivas, acabam por beneficiar uma pequena parcela de indivíduos, como os grandes financiadores do tráfico e determinados atores políticos, que se favorecem da manutenção desse modelo repressivo.

As consequências dessa abordagem são evidentes: ao tratar uma questão essencialmente de saúde pública sob a ótica repressiva, os direitos fundamentais acabam relegados a segundo plano. Tal lógica recai, sobretudo, sobre os usuários mais vulneráveis, que se tornam alvo preferencial da repressão estatal, em especial aqueles que apresentam padrões de consumo de drogas problemático.

O uso de drogas é um fenômeno complexo, influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Diferentes países adotam estratégias distintas para lidar com o consumo e a dependência, refletindo suas prioridades em termos de saúde pública e justiça criminal.

O presente trabalho busca trazer os modelos de políticas de drogas do Brasil e de Portugal, e verificar se apresentam entre si impactos diferentes nos

indicadores de saúde relativamente ao uso problemático de drogas. Para isso, irá analisar as experiências brasileira e portuguesa e como cada país transita entre esses paradigmas, examinar os principais indicadores de saúde relacionados ao uso problemático de drogas na literatura especializada e levantar dados sobre os impactos sanitários das políticas de drogas em ambos os contextos.

Compreender as múltiplas dimensões das políticas públicas sobre drogas e seus impactos sociais e sanitários é fundamental para repensar o modelo brasileiro, ainda fortemente pautado no sistema punitivo. Esse enfoque, ao invés de reduzir danos, tem contribuído para o agravamento de indicadores como violência, encarceramento em massa e aumento do uso problemático de drogas.

Nesse contexto, o presente trabalho, ao analisar dados secundários sobre o consumo de entorpecentes e os efeitos sobre a saúde física e psicológica no Brasil e em Portugal, e se valendo de um raciocínio dedutivo, busca refletir sobre a necessidade de uma política de drogas mais humana, realista e alinhada às evidências, que se afaste do viés estritamente penal.

Para tanto, o artigo inicia-se com a análise dos paradigmas de políticas públicas sobre drogas, abordando o proibicionismo, com um breve histórico de seu surgimento e da influência exercida pelos Estados Unidos sobre a política brasileira, e a política de redução de danos, destacando a forma como cada modelo trata o usuário. Em seguida, serão apresentados os diferentes tipos de uso de substâncias psicoativas e os indicadores de saúde física e mental no Brasil.

Na sequência, examina-se a legislação brasileira sobre drogas e o modelo de descriminalização adotado por Portugal, de modo a possibilitar a comparação entre os diferentes indicadores de saúde observados em ambos os países, incluindo dados estatísticos recentes sobre a realidade portuguesa.

2. PARADIGMAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: PROIBICIONISMO, REDUÇÃO DE DANOS E O TRATAMENTO CONFERIDO AO USUÁRIO

Diferentes são as formas como o Estado pode abordar as questões referentes às drogas, podendo vislumbrá-las por um viés político, econômico, moral, religioso, por convicções pessoais dos representantes do poder público ou até mesmo serem influenciadas por todos esses fatores conjuntamente.

As políticas públicas, especificamente aquelas pertinentes ao uso de drogas, são adotadas pelo sistema brasileiro, e também por grande parte do mundo, por um aspecto repressivo, baseado no punitivismo, conhecido como guerra às drogas. Entretanto, é evidente que a guerra não se volta propriamente contra o entorpecente em si, mas sim contra determinadas pessoas, em especial aquelas que vivem nas periferias ou em situação de rua, majoritariamente jovens, negras, hipossuficientes, marcadas por múltiplos fatores de vulnerabilidade, caracterizando o que se denomina interseccionalidade.

A abordagem das políticas públicas de cunho proibicionista carrega “discursos em torno das drogas, muitas vezes contraditórios entre si, mas que servem para criar uma série de estereótipos cuja principal finalidade é dramatizar e demonizar o problema” (DEL OLMO, 1990, p. 38).

Nesse contexto, é importante ressaltar que o uso de substâncias psicoativas configura uma questão de saúde pública e exige um olhar multissistêmico. Reconhecer isso implica compreender que o consumo de drogas está relacionado a uma variedade de fatores, como o contexto familiar, as condições econômicas, as práticas religiosas e até mesmo questões ligadas à saúde mental do indivíduo.

Diante de discursos tão distintos, a política pública de redução de danos apresenta-se como uma alternativa viável, por estar fundamentada na mitigação das consequências negativas associadas ao uso de drogas. Os diferentes modelos de abordagem às substâncias psicoativas serão aprofundados a seguir.

2.1 Breve histórico do proibicionismo e o tratamento conferido aos usuários

O proibicionismo, também denominado política de “guerra às drogas”, teve como marco inicial a Primeira Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia, em 1912. Esse encontro internacional estabeleceu as primeiras bases

de controle sobre substâncias entorpecentes, impulsionado especialmente pelos interesses norte-americanos. Entretanto, em razão do advento da Primeira e da Segunda Guerra Mundial, o debate e a aplicação efetiva dessas diretrizes foram mitigados durante esse período (VALOIS, 2017, p. 34).

Ressalta-se que nesse hiato temporal a conduta dos usuários não era criminalizada. Portanto, não havia, sob a perspectiva penal, um tratamento específico destinado aos usuários.

Após esse período das guerras mundiais, em 1961, foi realizada a Convenção Única sobre Entorpecentes, custeada e conduzida pelos Estados Unidos, sob a administração da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo aderida a índice global, comprometendo os países signatários a combater as drogas, tanto em relação ao traficante quanto ao usuário, sob a ótica punitivista, com respostas degradantes direcionadas a um grupo seleto de pessoas (SHECAIRA, 2014, p. 138).

Ainda no plano internacional, deu-se também a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, sendo uma reação ao exponencial consumo de drogas. Naquela época, ocorreram debates acerca da dependência e do potencial uso de drogas para fins terapêuticos. Por fim, destaca-se a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, que marcou a implementação de estratégias globais voltadas ao combate aos crimes de lavagem de dinheiro e ao fortalecimento do controle sobre precursores químicos.

A consolidação das diretrizes internacionais acerca do controle de drogas, bem como a internalização do paradigma proibicionista por diversos países, esteve fortemente vinculada à influência dos Estados Unidos como ator geopolítico central no século XX. A partir da Conferência de Haia de 1912 e, sobretudo, no período pós-Segunda Guerra Mundial, os EUA exerceram papel decisivo na difusão de um modelo repressivo que combinava interesses políticos, econômicos e estratégicos, exportando sua política punitiva para a América Latina e outras regiões do mundo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde: “droga refere-se a qualquer entidade química ou mistura de entidades que altere a função biológica e possivelmente a estrutura do organismo” (OMS, 1981). Nesse sentido, o paradigma proibicionista, que tem como premissa a “ilegalidade x legalidade”

das drogas, uniformiza os diferentes tipos de substâncias, tanto referente à sua natureza quanto à sua quantidade.

Nesse ínterim, o combate aos entorpecentes orientou-se pela proibição de substâncias associadas a grupos marginalizados em diferentes contextos, como os chineses, em relação ao ópio, e os mexicanos, quanto à maconha, nos Estados Unidos. No Brasil, pessoas negras, jovens e hipossuficientes são frequentemente associadas ao uso de crack ou cocaína. Por essa razão, “pode-se dizer que três conjuntos de substâncias e/ou plantas foram eleitos alvos-padrão do paradigma proibicionista: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína e cannabis/maconha” (SHECAIRA, 2014, p. 139).

No contexto brasileiro, a problemática social quanto às drogas começou a partir de sua criminalização e proibição. Mais especificamente, remonta-se ainda ao início do século XX, com as primeiras restrições legais nacionais influenciadas pela política norte-americana (FIORE, 2005), sendo que a primeira legislação vigente foi o Decreto-Lei nº 4.294, de 14 de julho de 1921.

O regime militar introduziu no Brasil sua primeira mudança legislativa no tocante a lei de drogas com o Decreto-Lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968, promulgado apenas treze dias após a edição do controverso Ato Institucional nº 5, o qual modificou o artigo 281 do Código Penal e, entre outras medidas mais severas, passou a equiparar a conduta do usuário à do traficante.

A diferenciação entre essas duas figuras supracitadas ocorreu com o advento da Lei 6.368, de 21.10.1976, reconhecida como Lei de Entorpecentes. A partir de um viés proibicionista, a pessoa que adquiria, guardava ou trazia consigo, para consumo próprio, substância entorpecente estava sujeita a uma pena de detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, além de pagamento de multa, nos termos do art. 16 do citado códex. Além da pena privativa de liberdade, a condenação acarretava efeitos secundários relevantes, como a caracterização da reincidência.

Ao traficante, a pena era de reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de multa, conforme art. 12 da Lei 6.368/76. Sua vigência perdurou até a atual Lei de Drogas, Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a qual distinguiu as figuras do usuário e do traficante, descarcerizando o uso, mas intensificando as penas referentes ao tráfico, com pena mínima de 5 (cinco) anos e pena máxima de 15 (quinze) anos.

Segundo Burgierman (2011, p. 15): “o sistema antidrogas global é ruim, em grande parte, porque foi concebido em um país (os Estados Unidos) e aplicado no mundo inteiro sem dar nenhuma autonomia para atores locais”. Constata-se que as disposições legislativas brasileiras sobre entorpecentes buscou historicamente um alinhamento a padrões normativos e políticos internacionalmente definidos, descuidando-se de sua adequação à realidade das drogas no Brasil e da adequação constitucional das políticas públicas produzidas no âmbito desse paradigma.

Burgierman (2011, p. 24) também aponta que há dois indicadores de sucesso da política da guerra contra as drogas, pela quantidade de encarceramento e a de drogas apreendidas. Entretanto, o tráfico sempre encontra formas de se adaptar ao sistema, pelo chamado efeito bexiga, isso se dá pela quantidade de dinheiro envolvido, o que favorece a criação de novas formas de superar a contenção.

Por fim, é necessário destacar que a adoção do encarceramento como indicador de sucesso da política de drogas revela, em realidade, o oposto do que se pretendia demonstrar. Tal modelo evidencia o fracasso da estratégia, uma vez que, além do elevado custo para a manutenção de cada reeducando, observa-se um crescimento exponencial do número de indivíduos privados de liberdade após a promulgação da nova Lei de Drogas.

De acordo com dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN, 2025), o custo médio mensal de manutenção de um reeducando no Brasil é de R\$ 2.474,50, o que evidencia o elevado ônus financeiro da política pública de caráter proibicionista. Ademais, conforme destaca Martins (2018), “em 1990, a gente tinha cerca de 90 mil presos, desde 2016 passa de 726 mil, muito impulsionado também pelo crescimento da prisão relacionada ao tráfico de entorpecente”, o que demonstra como a atual política de drogas tem contribuído significativamente para o aumento da população carcerária.

Conforme o artigo 28 da Lei nº 11.343/2006 (Lei de Drogas), o juiz, ao analisar a natureza e a quantidade da droga, o local e as condições em que ocorreu a ação, bem como as circunstâncias sociais e pessoais do agente, pode classificar a conduta como uso pessoal. Nessa hipótese, os agentes podem ser punidos com penas alternativas à prisão, isso se passarem pelo viés

discrecionário/subjetivo do magistrado no juízo de diferenciação entre *usuário* e *traficante* quando da análise dos casos concretos.

Assim, ocorre que mesmo os usuários são responsabilizados penalmente pelo Poder Judiciário, ainda que a resposta adequada deva partir dos órgãos de saúde, dado o caráter complexo da questão. Dessa maneira, apesar de as pessoas sentenciadas por crimes de porte de drogas para uso pessoal não acarretar em penas privativas de liberdade, a condenação traz o estereótipo de criminoso que conduz a exclusão e marginalização do indivíduo, o que pode dificultar sua reinserção na sociedade de forma equânime.

As consequências do paradigma bélico-punitivo são profundamente prejudiciais, uma vez que instaura um sistema que rejeita, marginaliza, empobrece e agrava o sofrimento dos dependentes químicos. Além disso, os elevados gastos com o encarceramento poderiam ser direcionados para políticas públicas mais racionais e eficazes, reconhecendo que um mundo sem drogas é inviável. Dessa forma, seria possível investir em estratégias de redução de danos, com o objetivo de minimizar os impactos negativos decorrentes do uso de substâncias psicotrópicas.

2.2. A política de redução de danos e como é realizada a abordagem dos usuários

Segundo Valois (2017, p. 37), “(t)oda e qualquer política de combate às drogas será sempre um insucesso se a imagem ideal for um mundo sem drogas”. A política de redução de danos (RD) parte do reconhecimento de que a presença das drogas é milenar e acompanha a trajetória de desenvolvimento da humanidade. Isso porque, desde tempos remotos, substâncias de origem vegetal têm sido utilizadas para aliviar dores, em práticas rituais e, inclusive, como recurso para enfrentar e suportar as circunstâncias vivenciadas.

É inegável que as substâncias psicoativas continuam fazendo parte do estilo de vida de inúmeros indivíduos, sendo certo que a intervenção do proibicionismo, por meio da chamada “guerra às drogas”, mostra-se incapaz de erradicar por completo o seu uso. Considerando que algumas pessoas, seja por impossibilidade, por ausência de condições ou mesmo em razão de recaídas,

continuam a utilizá-las, impõe-se o respeito às escolhas individuais e a articulação de políticas de cuidado por ele pautadas, sob pena de afronta ao direito fundamental à liberdade individual, assegurado no art. 5º, caput, da Constituição Federal de 1988.

Na política pública de redução de danos, além do respeito as determinações pessoais, há uma tentativa de mitigar os danos causados pelos entorpecentes – sendo, por essa razão, também conhecida como guiada por uma “ética do cuidado” (Petuco, 2014; Silva, F., 2014). A perspectiva como “método clínico-político” (Brasil, 2004) estimula abordagens mais humanizadas, baseadas no caso concreto, por unir a terapia a uma política mais eficaz.

O principal objetivo da RD é defender a vida (Lancetti, 2015) e, com isso, mitigar os prejuízos físicos, mentais e sociais resultantes do consumo de substâncias psicoativas. Através de uma metodologia transdisciplinar, em conjunto com médicos, psicólogos e assistentes sociais, os quais buscam promover a melhoria da qualidade de vida e garantir o acesso à saúde.

Além disso, segundo Ferreira (2018), o sujeito que está buscando o tratamento possui uma corresponsabilidade pela melhora, por haver uma valorização dos seus próprios saberes. Isso, juntamente com uma equipe humanizada, cria laços afetivos, os quais são capazes de cumprir com as metas da RD, fornecendo uma vida mais digna àquele usuário, mesmo que a escolha dele seja de continuar com o uso de substâncias psicotrópicas.

Enquanto o modelo proibicionista adota uma postura rígida, pautada na criminalização e na busca pela abstinência como única solução válida, carregada de pressupostos morais e permeada por um discurso bélico e alarmista, o paradigma de redução de danos propõe uma perspectiva mais pragmática e humana. Neste último, a abstinência não é considerada a única meta a ser alcançada, mas sim uma possibilidade entre diversas estratégias, tais como uso controlado, fornecimento de insumos para consumo seguro e o acompanhamento psicossocial.

No Brasil, a RD surgiu como forma de reduzir as doenças sexualmente transmissíveis, em ações de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Os índices de doenças como (DSTs) e síndrome de imunodeficiência adquirida (Aids) diminuíram drasticamente. O que acontecia era não apenas a

substituição do objeto (seringa), era uma troca de contato, de experiências e formação de laços afetivos (FERREIRA, 2018).

Nesse cenário, as práticas de RD não tiveram o sucesso almejado devido ao seu financiamento, que era baseado quase exclusivamente por entidades não governamentais e por empréstimos do Banco Mundial. Após esse período, durante a luta antimanicomial, com o advento da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, foram instauradas diretrizes as quais substituíram a abordagem asilar por um cuidado mais acolhedor, como o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a reconhecer oficialmente a redução de danos como uma de suas estratégias (FERREIRA, 2018).

Não obstante, a implementação efetiva do paradigma de redução de danos encontra severas resistências no contexto brasileiro o qual é notadamente influenciado pela hegemonia de uma política criminal e de saúde pública fortemente ancorada em pressupostos punitivistas.

Um exemplo relevante ocorreu na cidade de São Paulo com a criação do Programa De Braços Abertos (DBA), implementado durante a gestão do ex-prefeito Fernando Haddad, em 2014. O DBA “tinha como embasamento teórico o referencial da Redução de Danos, o que levou o projeto a ser considerado de baixa exigência, não tendo, por exemplo, a abstinência e o tratamento em saúde como pré requisitos para poder fazer parte do programa” (Silva, 2023; Pereira, 2023; Alves. 2023).

O DBA foi estruturado a partir de três pilares fundamentais para a garantia de direitos básicos: moradia, alimentação e trabalho. No entanto, o programa foi descontinuado pela gestão do ex-prefeito João Doria, que o substituiu pelo Programa Redenção, de orientação proibicionista.

Essa predominância cultural cria um ambiente adverso à incorporação de práticas alinhadas à lógica da redução de danos, cuja concepção rompe com o ideário repressivo dominante. Tal dissenso estrutural, contribui para a limitação de sua aplicabilidade nos múltiplos âmbitos em que poderia atuar, dificultando sua consolidação como política pública efetiva.

3. USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS E INDICADORES DE SAÚDE

O paradigma proibicionista generaliza questões que, por sua natureza, demandariam tratamento individualizado, considerando suas especificidades e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. A representação social construída sobre o usuário de drogas, permeada por estigmas e estereótipos é um exemplo, porque frequentemente é associado à figura de alguém agressivo, disposto a alienar e subtrair bens, como automóveis, imóveis ou objetos pessoais, para satisfazer o próprio consumo.

A pessoa em situação de dependência química é frequentemente marginalizada, reduzida à condição de objeto e não reconhecida como sujeito de direitos, tratada como alguém que deve ser excluída do convívio social.

Sob essa ótica, o pensamento repressivo estabelece uma lógica dicotômica, na qual se opõem usuários e não usuários. Todavia, problemas complexos exigem respostas que emergem da compreensão efetiva de seu objeto, e não de construções reducionistas.

A política de redução de danos, não pressupõe que todo uso é intrinsecamente prejudicial e inevitavelmente conduz a consequências desastrosas. Nesse sentido, o entendimento de Luiz Carlos Valois (2017, p. 22) é valioso, visto que propõe uma diferenciação relevante entre distintos padrões de consumo: o uso habitual, o uso ocasional e o uso problemático, em razão de existir consumidores autônomos e não nocivos.

O termo “usuários problemáticos” designa indivíduos cujo padrão de consumo de substâncias psicoativas acarreta danos à saúde, sejam estes de natureza física ou psicológica. Nesse contexto, a presente análise abordará indicadores de saúde como número de óbitos, incidência de contaminações e ocorrência de transtornos mentais associados ao uso nocivo de substâncias entorpecentes.

As políticas públicas implementadas no Brasil mostram-se ineficazes em alcançar seu objetivo central, qual seja, a erradicação das drogas no país, revelando-se igualmente insuficientes para mitigar os impactos decorrentes do consumo problemático. Como reflexo dessa ineficiência, observa-se a relação entre a quantidade de mortes e o consumo de drogas relacionadas ao uso indiscriminado de substâncias psicoativas.

Quanto a relação entre mortes violentas e o uso de drogas, a Universidade de São Paulo (2024, p. 15) realizou uma pesquisa, de âmbito nacional, que apontou que “50,1% das amostras de sangue post mortem relacionadas a mortes violentas apresentaram resultado positivo para pelo menos uma substância psicoativa”. Dentre as substâncias examinadas, destaca-se o consumo de álcool, cocaína, maconha e benzodiazepínicos.

Nesse mesmo sentido, o trabalho científico elaborado pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o qual analisou a mortalidade por overdose de drogas no Brasil entre os anos de 2000 e 2020, evidencia a ocorrência de 21.410 mortes por overdose no período, com um aumento exponencial desses números ao longo dos anos. A pesquisa dispõe que: “nos 4.985 registros com informações sobre drogas, cocaína foi indicada em 47,12% (2.349), álcool em 21,36% (1.065), benzodiazepínicos em 13,76% (686) e opioides em 5,36% (267). Mais de uma droga foi relatada em 6,02% (300) dos registros” (BIANCO et al., 2023).

Portanto, é possível concluir que metade das vítimas de mortes violentas estão intrinsecamente ligadas ao uso de drogas, lícitas ou ilícitas. Além disso, o aumento de mortes por overdose evidencia a ineficácia da política de guerra às drogas.

Quanto ao aspecto de contaminação por doenças infecciosas, os índices relacionados à população que consome drogas são elevados, muitas vezes decorrente da falta de informação, da qualidade e modo de uso da droga, e da debilidade do sistema imunológico. Os usuários são mais vulneráveis a doenças como HIV, hepatite C e B (HCV E HBV) e tuberculose, isso porque há compartilhamento de seringas para as substâncias injetáveis e por partilharem os canudos e cachimbo referentes às drogas não injetáveis. Já a tuberculose, por ser transmitida através da proximidade aérea, atinge os aglomerados de pessoas com baixa qualidade de vida, muitos deles em situação de rua (FIOCRUZ, 2014, p. 74).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, realizada pela Fiocruz, a infecção pelo HIV entre consumidores de crack é cerca de oito vezes maior do que para a sociedade brasileira, visto que esses consumidores apresentam altos comportamentos de risco (FIOCRUZ, 2014).

O último indicador de saúde abordado por este artigo é concernente aos transtornos mentais. O Sistema Único de Saúde (SUS), em 2021, registrou 400,3 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Os transtornos mais comuns são: ansiedade, depressão, psicose, transtornos de humor e alterações cognitivas (AMARAL et al., 2010).

Os indicadores de saúde abordados nesse tópico evidenciam os problemas da atual política de drogas no Brasil, a falta de prevenção e tratamento adequado e o consumo de substâncias entorpecentes no Brasil está fortemente associado à vulnerabilidade social, revelando um grave problema de saúde pública que requer políticas integradas de prevenção e cuidado (FIOCRUZ, 2014).

4. COMPARAÇÃO DAS EXPERIÊNCIAS BRASILEIRA E PORTUGUESA

A comparação entre Brasil e Portugal justifica-se porque ambos os países adotaram modelos bastante distintos no enfrentamento ao uso de drogas. Enquanto o Brasil permaneceu atrelado a uma política de caráter proibicionista e punitivo, Portugal implementou um paradigma baseado na descriminalização e na redução de danos.

Ressalvadas as diferenças históricas, sociais e culturais entre os dois contextos, o contraste entre tais propostas permite evidenciar de forma mais clara os efeitos, avanços e limites de cada experiência, razão pela qual Portugal foi escolhido como parâmetro comparativo.

4.2. O modelo brasileiro

No Brasil, com o advento da Lei nº 11.343/06, ocorreram alterações relevantes em relação ao tratamento conferido ao usuário e traficante, com destaque a despenalização do porte de drogas para consumo pessoal (art. 28) e aumento das penas referentes ao tráfico de drogas (art. 33).

O artigo 28, da Lei 11.343/2006 considera usuário aquele que adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

É igualmente submetido ao mesmo tratamento penal que o usuário aquele que, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica (art. 28, § 1º).

Tanto o caput quanto o § 1º do art. 28 da Lei de Drogas estabelecem a mesma resposta de natureza punitiva, consistente em advertência acerca dos efeitos do uso de entorpecentes, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo, conforme previsto nos incisos I, II e III do referido dispositivo legal.

Caberá ao juiz, por meio de critérios subjetivos, decidir se o entorpecente apreendido se destinava ao consumo pessoal ou não. Diante disso, será analisada a natureza, a quantidade da substância apreendida, o local e as condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e os antecedentes do agente, nos termos do art. 28, §2º, da Lei 11.343.

A subjetividade da identificação do usuário contribui para a seletividade do direito penal, pois, em razão da ausência de critérios objetivos, as autoridades policiais e os magistrados possuem um poder discricionário de determinar se a quantidade e natureza da droga, bem como o local e as circunstâncias do suposto delito se enquadram no crime de tráfico de drogas ou porte para consumo e, nesse sentido, exteriorizam os preconceitos morais e estigmas contra as classes sociais menos favorecidas e mais vulneráveis.

Em 2023, o Brasil registrava a terceira maior população carcerária do mundo, contabilizando mais de 850 mil indivíduos em situação de privação de liberdade, abrangendo tanto o Sistema Penitenciário (em estabelecimentos prisionais e em regime de prisão domiciliar) quanto carceragens sob custódia das autoridades policiais (OBSERVADH, 2025). Outrossim, o tráfico de drogas corresponde a maior parte dos encarceramentos, juntamente com os crimes contra o patrimônio (furtos e roubos).

Nesse cenário, mesmo após a despenalização formal do consumo na nova Lei de Drogas, observa-se a permanência de inúmeros processos judiciais instaurados contra indivíduos em situação de menor gravidade, como usuários ocasionais ou habituais, muitas vezes primários e surpreendidos com pequenas quantidades de entorpecentes. A seletividade estrutural do sistema recai de forma desproporcional sobre pessoas negras e residentes de áreas periféricas, contribuindo para a sobrecarga do Poder Judiciário e para a reprodução de desigualdades sociais.

A pesquisa realizada por Domenici e Barcelos (2019) examinou quatro mil sentenças de primeira instância referentes a casos de tráfico de drogas julgados em São Paulo no ano de 2017. O estudo revelou que “71% dos negros julgados foram condenados por todas as acusações feitas pelo Ministério Público no processo, um total de 2.043 réus. Entre os brancos, a frequência é menor: 67%, ou 1.097 condenados”. Além disso, observa-se que “a frequência de absolvição é similar, 11% para negros, 10,8% para brancos”. Por fim, os autores destacam que “a diferença é de quase 50% a favor dos brancos nas desclassificações para ‘posse de drogas para consumo pessoal’: 7,7% entre os brancos e 5,3% entre os negros”. Esses dados evidenciam que, embora os índices de absolvição entre negros e brancos sejam próximos, as chances de condenação integral e de desclassificação para posse de drogas para consumo pessoal revelam uma disparidade significativa que atinge, sobretudo, a população negra, indicando um padrão de seletividade penal no julgamento de crimes de tráfico em São Paulo.

Outro problema enfrentado é que até mesmo o usuário não problemático é submetido à persecução penal, em um processo custoso e dispensável, que em nada contribui para a proteção da saúde pública. Ao contrário, trata-se de um mecanismo excludente e estigmatizante, que reforça a seletividade do sistema penal e perpetua a marginalização do indivíduo, impondo-lhe os efeitos sociais e jurídicos de uma condenação criminal.

Destaca-se que o STF descriminalizou o porte de maconha para uso pessoal, sob o fundamento de que a criminalização do usuário gera desigualdades sociais e contribui para o encarceramento em massa. Foi fixada a tese, no RE 635.659 e de repercussão geral, descriminalizando o porte de maconha para consumo pessoal, presumindo-se usuário a pessoa que adquirir,

guardar, depositar ou transporte até 40 gramas de cannabis sativa ou seis plantas fêmeas. A conduta tida como crime, passou a ser ilícito administrativo.

A Nova Política Nacional sobre Drogas, instituída em 11 de abril de 2019 por meio de decreto, estabelece como diretrizes a prevenção, o tratamento, o acolhimento, a recuperação e a reinserção social de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Um de seus pontos centrais é a diferenciação entre usuário, dependente e traficante, atribuindo a cada um tratamento jurídico distinto. Todavia, conforme ressalta o Ministério da Cidadania (2019), a política mantém como objetivo primordial a abstinência, concebida como resultado exclusivo e desejável do tratamento, o que revela uma perspectiva restritiva frente a outras abordagens possíveis.

Apesar da intenção declarada de conferir à política de drogas uma dimensão médico-sanitária, com maior atenção voltada ao usuário, ainda prevalece uma lógica punitivista que valoriza o encarceramento e a criminalização. Assim, embora tenha ocorrido o afastamento da pena privativa de liberdade em relação ao porte para consumo pessoal, o número de prisões por tráfico de drogas continua a crescer, evidenciando a persistência de um modelo repressivo e seletivo.

4.3. O paradigma adotado por Portugal

A Lei n.º 30/2000, aprovada em 19 de outubro de 2000, promulgada em 14 de novembro do mesmo ano, entrou em vigor em 1º de julho de 2001 e expõe um novo paradigma de Portugal em relação aos usuários de drogas, descriminalizando o consumo das substâncias entorpecentes nos moldes a seguir descritos.

Referenciada Lei portuguesa atribui como consumo pessoal a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas, substâncias ou preparações, e dispõe que tais atos constituem contraordenação. Nesse sentido, também manifesta que a aquisição e a retenção para o consumo individual não podem exceder a quantidade considerada como necessária para o consumo médio individual durante o período de dez dias. Por fim, mesmo que a pessoa tenha sido abordada com quantidade excedente a determinada, se comprovado que

era para consumo pessoal, a autoridade competente impede o prosseguimento do processo, independente da fase que ele se encontre (Lei n. 30/2000, art. 2º, inciso 1, 2 e 3).

As abordagens dos possíveis consumidores é direcionada para uma comissão, nomeada de: comissão para a dissuasão da toxicodependência (artigo 5º). A comissão será composta por um jurista e por outros dois integrantes, que poderão ser escolhidos entre profissionais como médicos, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais ou especialistas de áreas afins, desde que comprovem experiência no campo da dependência química. Caberá à comissão, vinculada ao domicílio do usuário, avaliar as circunstâncias do consumo, o nível de dependência em relação à substância e a situação socioeconômica do indivíduo (art. 10). O usuário poderá, se desejar, ser acompanhado por seu terapeuta, além de requerer a realização de exames médicos que auxiliem na emissão do parecer pela comissão.

A suspensão provisória do processo poderá ocorrer em três hipóteses: quando o consumidor, sem registro anterior de processo contraordenacional instaurado nos termos da presente lei, for considerado não dependente da substância; quando o usuário dependente, igualmente sem antecedentes de processo contraordenacional, aceitar submeter-se a tratamento; e, ainda, quando o consumidor dependente que já possua registro prévio de processo contraordenacional concordar em se submeter ao tratamento, hipótese em que a comissão poderá, a seu critério, determinar a suspensão (art. 11º).

O que se verifica é que a sanção penal foi substituída por medidas alternativas, consistentes em multa, advertência e encaminhamento para tratamento especializado. Inclusive, com a suspensão da determinação da sanção em caso de tratamento voluntário. Ressalta-se que o objetivo das sanções é fornecer estímulos para que os consumidores de entorpecentes possuam alguma melhora, portanto, o fim não é punir (art. 14).

Burgierman (2011, p. 130) observa que:

Nos últimos dez anos, desde que o novo modelo foi implantado, o consumo de drogas entre menores de idade caiu, o número de contaminações de aids e hepatite C despencou, o de usuários de drogas problemáticos diminuiu, o de dependentes de droga em tratamento cresceu, o índice de sucesso do tratamento aumentou, as cadeias e os tribunais estão mais vazios e

conseguindo fazer seu trabalho com mais eficiência, a polícia está tendo mais sucesso no combate ao tráfico internacional, e a sociedade está economizando uma fortuna.

As estatísticas apontam que a política de redução de danos adotada por Portugal, com a instituição de distribuição de seringas e agulhas diminuiu as infecções por drogas injetáveis. Segundo Mann (2024), “Nos últimos 20 anos, Portugal reduziu as mortes por drogas em 80% e reduziu pela metade o número de casos de HIV/AIDS e hepatite”. Portanto, isso evidencia que o modelo português possuiu uma melhora significativa dos seus indicadores de saúde.

4.4. Análise comparativa

A partir das considerações expostas, observa-se que, no Brasil, o consumo de drogas ainda é submetido à esfera penal, sob a ótica da justiça criminal. Com a nova Lei de Drogas, embora não haja a imposição de penas privativas de liberdade para o usuário, permanecem previstas sanções alternativas. Nesse contexto, os indivíduos abordados por policiais militares em posse de substâncias entorpecentes passam por um processo de avaliação subjetiva, inicialmente pela autoridade policial e, posteriormente, pelo juiz, o que revela a influência de fatores morais, políticos e econômicos na aplicação da lei.

Além disso, o Brasil adotou algumas inovações voltadas à atenção ao usuário, como a distribuição de agulhas e seringas para consumo de drogas injetáveis, a descriminalização do porte de até 40 gramas de maconha e a ampliação da oferta de serviços de saúde, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, apesar da existência de políticas públicas que caminham na direção da redução de danos, o objetivo central ainda permanece voltado à abstinência.

Em relação aos indicadores de saúde referente ao uso problemático de drogas, estes continuam a subir, demonstrando que a falta de prevenção e remediação com aquele indivíduo necessitado de cuidado com sua saúde continua a persistir. Contudo, influenciado principalmente por valores políticos, o punitivismo continua sendo a chave para dramatizar e demonizar a situação

garantindo aos políticos mídia, votos e reputação, porque quanto maior for a repressão contra as drogas, mais chances de se manter no poder.

Por outro lado, Portugal, conforme discorre Burgierman (2011, p. 132):

Em vez de entregar mais dinheiro para a polícia e de afrouxar um pouco mais os direitos individuais, o governo decidiu formar uma comissão para buscar soluções tecnicamente embasadas. O grupo foi composto por nove especialistas “notáveis”, entre juristas, psiquiatras e psicólogos, e eles viajaram o mundo para entender como diferentes países tratavam do problema. Goulão, que tinha sido médico de família no litoral sul português e que trabalhava com dependentes havia décadas, fazia parte dessa comissão. Em 1998, o grupo entregou ao governo a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga, uma série de recomendações baseadas em iniciativas bem-sucedidas em outros lugares do mundo. A estratégia era uma espécie de modelo ideal, que juntava tudo de melhor que já havia sido experimentado, aplicado ao caso português.

Nessa conjectura, o que ocorreu em Portugal, para reduzir o número de mortes por overdose, reduzir pela metade o número de doenças como HIV e hepatite e regularizar a quantidade de usuários problemáticos, foi traçar um plano especializado para o país, com profissionais capacitados na questão e vinculando a política pública ao Ministério da Saúde. Assim, a sociedade portuguesa sente-se segura independente do governo, pois é unânime que a política pública de redução de danos logrou êxito no país, descriminalizando o uso, a partir de critérios objetivos e com uma abordagem humanista, objetivando o acolhimento e a minimização dos danos do uso nocivo de entorpecentes.

Ao comparar os dois modelos, percebe-se que Portugal avançou ao reconhecer o consumo de drogas como uma questão prioritariamente de saúde pública, afastando-se da lógica criminal e adotando medidas eficazes de redução de danos, de âmbito administrativo. No Brasil, entretanto, o enfoque repressivo não apenas mantém elevados os indicadores de saúde relacionados ao uso problemático, como também contribui para o encarceramento em massa, sobretudo de jovens, negros e pobres, revelando a forte seletividade penal que marca a política criminal brasileira e perpetua desigualdades sociais.

Nesse sentido, a experiência portuguesa demonstra que a descriminalização, quando acompanhada de políticas públicas consistentes e fundamentadas em evidências científicas, pode gerar resultados sociais e

sanitários mais efetivos. Contudo, é importante destacar que o Brasil necessita de um plano especializado, construído a partir de sua realidade social, cultural e econômica. Ainda que seja possível aproveitar experiências internacionais bem-sucedidas como referência, o país deve desenvolver um modelo próprio, desvinculado de disputas políticas imediatistas e sustentado por diretrizes de saúde pública, educação e assistência social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou demonstrar que a política de drogas no Brasil, solidificada no paradigma proibicionista, permanece ineficaz para reduzir o consumo e seus impactos sociais e de saúde. O enfoque punitivo contribui para o encarceramento em massa e atinge, de forma seletiva, sobretudo jovens, negros e pobres, reforçando desigualdades e estigmas sociais, aumentando os índices de uso problemático de drogas, bem como os dados referentes à saúde desses indivíduos.

A experiência portuguesa evidencia que tratar o consumo como questão de saúde pública, e não criminal, pode gerar resultados concretos, como a redução de mortes, doenças associadas e usuários problemáticos. Contudo, é necessário que o Brasil adapte experiências internacionais à sua própria realidade social, política e cultural. É necessário construir um plano próprio, especializado e desvinculado de interesses políticos, que incorpore práticas de redução de danos e políticas baseadas em evidências científicas.

Apesar de já existirem iniciativas pontuais, como os CAPS e programas de prevenção, ainda predomina a centralidade da abstinência e da repressão. Superar esse quadro exige a formulação de uma política pública integrada, que priorize prevenção, acolhimento e reinserção social, reconhecendo o usuário como sujeito de direitos e com caminhos diversos a abstinência.

Em síntese, avançar para além da lógica penal é condição essencial para reduzir os danos associados ao uso de drogas e construir um modelo mais justo, eficaz e humanizado, capaz de enfrentar o problema de forma estrutural e socialmente responsável.

REFERÊNCIAS

BIANCO, M. C. M. et al. Drug overdose deaths in Brazil between 2000 and 2020: an analysis of sociodemographics and intentionality. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 45, n. 5, p. 405-413, 2023. DOI: <https://doi.org/10.47626/1516-4446-2022-3023>

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1973. 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm. Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 22 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Cidadania. Nova Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Cidadania, 22 nov. 2019 (atualizado em 15 jun. 2022). Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/cuidados-e-prevencao-as-drogas/nova-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN). *Painel Custo do Preso* [visualização de dados]. Microsoft Power BI. Disponível em: <https://app.powerbi.com/>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BURGIERMAN, Denis Russo. *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com a*. São Paulo: Leya, 2011.

DE FREITAS SILVA, E.; GOMES PEREIRA, P. P.; DELGADO ALVES, Y. D. O fim do Programa de Braços Abertos e o início do Redenção: uma trajetória percorrida. *Boletim do Instituto de Saúde - BIS*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 124–133, 2023. DOI: 10.52753/bis.v24i1.40054. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/40054>. Acesso em: 29 ago. 2025.

DEL OLMO, Rosa. *Drogas e criminalidade: uma visão latino-americana*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

DOMENICI, Thiago; BARCELOS, Iuri. Negros são mais condenados por tráfico e com menos drogas em São Paulo. Agência Pública: jornalismo investigativo, São Paulo, 6 maio 2019. Disponível em: <https://apublica.org/2019/05/negros-sao-mais-condenados-por-trafico-e-com-menos-drogas-em-sao-paulo/>. Acesso em: 29 ago. 2025.

FERREIRA, Iara Flor Richwin. O paradigma da redução de danos na clínica com usuários de drogas: inflexões, deslocamentos e possibilidades de escuta e posicionamento clínico. Boletim de Análise Político-institucional, n. 18, p. 71-79, dez. 2018.

FIOCRUZ. *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto; CARNEIRO, Henrique. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005, p. 257-290.

FONSECA, Elize Massard da; BASTOS, Francisco Inácio. Política de Redução de Danos em Perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). *Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 289-310.

HUGHES, Caitlin Elizabeth; STEVENS, Alex. Drug decriminalisation in Portugal: setting the record straight. *Drug and Alcohol Review*, v. 29, n. 2, p. 101-113, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00183.x>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Boletim de Análise Político-Institucional, ano 24, n. 286, set. 2016. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/>. Acesso em: 24 ago. 2025.

MACHADO, Nara Borgo Cypriano. Usuário ou traficante? A seletividade penal na nova lei de drogas. In: ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, XIX, 2010, Fortaleza. *Anais...* Fortaleza: CONPEDI, 2010. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/fortaleza/3836.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2025.

MANN, Brian. *Portugal's approach to the opioid epidemic is a flashpoint in U.S. fentanyl debate*. In: LAist (publicação da NPR), 13 fev. 2024. Disponível em: <<https://laist.com/news/npr-news/portugals-approach-to-the-opioid-epidemic-is-a-flashpoint-in-u-s-fentanyl-debate>>. Acesso em: 22 ago. 2025.

MARTINS, Helena. Lei de drogas tem impulsionado encarceramento no Brasil. Agência Brasil, Brasília, 24 jun. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-06/lei-de-drogas-tem-impulsionado-encarceramento-no-brasil>. Acesso em: 29 ago. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12 % no SUS. Brasília, 20 fev. 2022. *Portal Gov.br – Saúde*. Disponível em: Acesso em 21 ago. 2025.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. Quem são as pessoas privadas de liberdade no Brasil? [online]. Disponível em: <<https://experience.arcgis.com/experience/54febd2948d54d68a1a462581f89d920/page/PPL---Quem-s%C3%A3o-as-pessoas-privadas-de-liberdade-no-Brasil%3F>>. Acesso em: 21 ago. 2025.

OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo de et al. Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas / André Malbergier; Ricardo Abrantes do Amaral — São Luís, 2013. 12 f. (Centro de Ciências Biológicas e da Saúde — UFMA. Universidade Aberta do SUS — UNA-SUS; Módulo 3, Unidade 1). Disponível em: ARES (Universidade Aberta do SUS). Acesso em: 14 ago. 2025.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2012000100008>. Acesso em: 24 ago. 2025.

PORTUGAL. *Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro*. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Diário da República, n.º 276, Série I-A, p. 6829-6833, 29 nov. 2000. Disponível em:

<https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=186&tabela=leis>.

Acesso em: 22 ago. 2025.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. *Drogas: uma nova perspectiva*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2014.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República. 2016. Tese (Doutorado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação. Investigação do uso de álcool e drogas ilícitas entre vítimas de mortes violentas: estudo de base populacional sobre a relação entre o consumo de substâncias e mortes por causas externas nas cinco regiões do Brasil (Sumário Executivo). Projeto Tânatos. São Paulo: USP, 2024. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2046/3/Mod%2003%20UNIDAD E%2001.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2025.

VALOIS, Luís Carlos. *O direito penal da guerra às drogas*. 2. ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2017.