

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS - INCIS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
ESTUDANTE: Pedro Paulo Neves Peixoto

Projeto de Monografia I

Orientador: Leonardo Barbosa e Silva

Unidade: INCIS – Instituto de Ciências Sociais

A Política Pública de Drogas no Brasil: Suas origens e impactos na atualidade.

UBERLÂNDIA
2019

RESUMO/ PALAVRAS-CHAVE

Este texto busca compreender de que maneira o modelo de Política Pública de Drogas proibicionista se efetivam a partir de suas bases políticas e ideológicas na realidade de âmbito estadual em Minas Gerais, e dentro do Município de Uberlândia até o período de 2015. O objetivo geral desta monografia é observar diálogos, traços de continuidade e descontinuidade das políticas de drogas do estado de Minas Gerais e do município de Uberlândia em relação à política nacional de Drogas. Observando, sobretudo a presença de traços de proibicionismo. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental. Para isso será realizado uma investigação desde do princípio da Política Pública de Drogas, a nível global e nacional, como também das definições utilizadas cientificamente para tratar sobre o tema do consumo e circulação de drogas na sociedade, suas consequências sociais e de que maneira a Política Pública impacta na sociabilidade, segurança e saúde dos indivíduos.

Palavras-chave: Políticas de drogas; proibicionismo; Drogas; Direitos.

SUMÁRIO:

RESUMO/ PALAVRAS CHAVE	2
INTRODUÇÃO	4
1. A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS: DEFINIÇÕES, ORIGEM E MODELOS	7
1.1. O ESTUDO DA POLÍTICA PÚBLICA	7
1.2. O QUE SÃO DROGAS	14
1.2.1. DEFINIÇÕES DE AUTORES E ENTIDADES	14
1.2.2. A HISTÓRIA DO USO DE DROGAS	17
1.3. A POLÍTICA PROIBICIONISTA	20
1.4. RELATÓRIO MUNDIAL E A QUEBRA DO TABU	27
1.4.1. A DESCriminalIZAÇÃO DAS DROGAS	27
1.4.2. REDUÇÃO DE DANOS	35
2. A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO BRASIL	37
2.1 A HISTÓRIA DA DROGA NO BRASIL	37
2.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO BRASIL	46
2.2.1 O PRINCÍPIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO BRASIL	46
2.2.2 A POLÍTICA PROIBICIONISTA CENTRALISTA	55
2.2.3 A POLÍTICA PROIBICIONISTA PUNITIVISTA	62
2.2.4 O SISNAD E A POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS	73
2.2.5 O PAPEL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	82
2.3 A POLÍTICA DE DROGAS EM MINAS GERAIS E UBERLÂNDIA	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

INTRODUÇÃO

O uso de Drogas é reconhecido por séculos na humanidade, sendo que o seu significado e consumo se transformaram no decorrer da história, variando na maneira que as substâncias psicoativas podem ser compreendidas socialmente. A princípio as drogas eram identificadas como alimentos ou produtos que possuíam potencial terapêutico, de alteração dos estados do corpo ou da mente, ou para acrescentar sabores, sendo consumidas e circuladas livremente por todo o globo. As classificações legais lícitas e ilícitas são bastante recentes em comparação aos anos de uso dessas substâncias, e surge a partir da necessidade de institucionalização do controle da circulação de substâncias através de uma Política Pública no Estado moderno.

Embora a Política Pública de Drogas seja bastante recente do ponto de vista histórico, sendo institucionalizada pelo Estado somente a partir do século XX, esta possui um impacto social significativo no cotidiano da maioria dos Indivíduos, podendo influenciar em aspectos substanciais do cotidiano, como por exemplo o acesso a segurança, direitos, saúde e educação de uma sociedade. Entretanto o surgimento da Política Pública de Drogas possui diversas influências na sua gênese e construção, variando de acordo com seu momento histórico e político.

Assim como em outras Políticas Públicas, seu caráter multidisciplinar sobre o assunto apresenta variadas perspectivas para a compreensão sobre o tema, podendo ser analisada do ponto de vista da saúde, jurídico, político, moral e religioso. Por isto a Política Pública de Drogas sempre foi palco de disputas de perspectivas e correlações de forças, já que durante toda sua história diversos grupos políticos contribuíram na sua formulação da Política como gestão.

A Política Pública de Drogas no Brasil desde sua gênese foi também alvo de acordos internacionais e pelas influências da economia global. Se no objeto de pesquisa deste texto procuro criar um diagnóstico da Política Pública de Drogas no Brasil, mais especificamente dentro do Estado de Minas Gerais e no Município de Uberlândia, este estudo se torna impossível de ser feito sem uma investigação que perpassa a Política de Drogas de outros países e a maneira como esta se apresenta internacionalmente. O proibicionismo, principal modelo político atual, tem sua origem nos Estados Unidos, e

se institucionalizou no território brasileiro a partir de modelos estabelecidos e criados internacionalmente, no qual o Brasil se comprometeu em estabelecer consonância a partir de acordos internacionais.

O texto tem como objetivo apontar os aspectos históricos, políticos e científicos que culminaram na Política Pública de Drogas no contexto estadual e municipal, que seriam onde a Política se concretiza na realidade dos brasileiros. A realidade da Política Pública de Drogas do Estado de Minas Gerais e do Município de Uberlândia diagnosticadas pela Comissão de Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Uberlândia, vão me servir de amostra para identificar as continuidades e descontinuidades desta política. Buscando compreender de forma científica, as problemáticas inseridas no contexto da Política Pública de Drogas e suas consequências sociais que impactam não somente os esforços por parte das instituições públicas do Estado brasileiro, mas também na realidade de boa parte de indivíduos, que se encontram inseridos em uma realidade de superlotação carcerária, conflitos bélicos, e omissões de acesso a saúde e direitos da população.

Levando em consideração todos estes pressupostos que influenciam diretamente uma avaliação da Política Pública de Drogas no Brasil, é necessário desenvolver uma investigação histórica da construção e efetivação desta política a partir das realidades municipais e estaduais, pois é nas práticas destas esferas que podemos identificar quais os modelos e bases ideológicas se efetivam dentro da realidade da Política Pública de Drogas no Brasil. Utilizarei de autores como o historiador Carlos Eduardo Torcato (2016), farmacologista Leslie Iversen (2012), jurista Maria Lúcia Karam (2012) e professora de direito Luciana Boiteux (2006) para identificar quais os critérios históricos, políticos e sociológicos que explicam os princípios e as fragilidades derivados da atual política de drogas, pois se torna essencial para tomar consciência do impacto social que a política pública de drogas acarreta na coletividade, saúde e segurança de grande parte dos indivíduos.

Diante da problemática social que o proibicionismo acarreta no tecido social brasileiro, se torna necessário identificar de que maneira este modelo de Política Pública se aplica e se sustenta nas realidades da gestão da Política Pública de Drogas, e de que maneira a disputa de uma Política Pública alternativa a este modelo se dá nível internacional, ou dentro das instituições brasileiras.

Por isso, no decorrer do primeiro capítulo, irei utilizar das classificações atualizadas do estudo científico e jurídico do contexto do uso da droga a partir de uma perspectiva internacional, buscando compreender de que maneira os modelos constituídos em outros países disputam a continuidade ou superação do modelo proibicionista como eixo principal de articulação da Política Pública de Drogas na realidade local. No segundo capítulo irei tratar sobre o contexto nacional da Política Pública, buscando identificar quais os eixos e construções históricas, levaram a atual Política Pública a se concretizar na realidade do Estado de Minas Gerais e no município de Uberlândia, entendendo que a articulação da Política Pública de Drogas se dá a quatro níveis: Internacional, Nacional, Estadual e Municipal.

1. A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS: DEFINIÇÕES, ORIGEM E MODELOS

1.1 O ESTUDO DA POLÍTICA PÚBLICA

Este capítulo tem por objetivo apontar brevemente alguns pressupostos do tema em estudo. De forma geral, foram visitadas as definições de políticas públicas e drogas. O estudo sobre políticas públicas no Brasil tem sido por muitos anos pouco explorada pela perspectiva das Ciências Sociais. Nas últimas décadas, este estudo vem ganhando uma maior atenção, principalmente quando se refere a pesquisas relacionadas às práticas dos governos e da disputa política entre poderes nas tomadas de decisões das políticas públicas. Os estudos de políticas públicas foram impulsionados a partir da mudança do panorama político do Estado keynesiano pós guerra, já que uma política de gastos públicos restritiva foi incorporada na década de 1980 pela maioria das agendas econômicas capitalistas. Era necessário compreender de qual maneira se estabeleceria esta nova relação do Estado com as políticas adotadas, a partir dos constantes ajustes fiscais que em suma visavam controlar de maneira sistemática os gastos e o alcance da atuação do Estado, principalmente dentro da economia.

Entender o Estado a partir das políticas públicas, necessariamente passa pelo entendimento do próprio governo, dos membros que o compõem, e das esferas de poder dentro campo Executivo, Legislativo e Judiciário. Estes por sua essência são um dos principais produtores e executores de políticas públicas de uma nação. A maneira com que um governo consolida sua democracia na prática, perpassa não somente ao modelo eleitoral de eleições de representantes, nem somente ao acesso à direitos fundamentais constitucionais, mas está também na maneira como a política pública se faz acessível e parte das esferas substanciais dos indivíduos. É preciso levar em conta se os sujeitos também são agentes diretos e/ou indiretos nos processos constituídos dentro das políticas públicas.

As Ciências Sociais têm ajudado na compreensão do estudo da política pública como área de conhecimento. Celina Souza (Políticas Públicas: uma revisão da literatura, 2006), foi uma das teóricas que sistematizou parte importante da produção teórica deste

campo, ainda muito comum em língua inglesa e menos numerosa em língua portuguesa. A autora entende que para uma maior compreensão da Política Pública que está sendo estudada, é necessário reconhecer sua natureza multidisciplinar. Não se pode criar um ideal de que a política pública se efetua de maneira isolada na atmosfera política institucional do Estado ou do governo. É preciso levar em consideração outros aspectos para um entendimento mais profundo da política pública, como por exemplo: Os campos em que a política atua (saúde, educação, economia, etc); os profissionais envolvidos em sua formulação; a conjuntura política que a política foi formulada e executada; os grupos econômicos e políticos que participaram do seu processo de decisão; a maneira com que o governo incorpora a população na sua formulação, execução e avaliação da política; dentre outras áreas que podem envolver diferentes campos de estudos que constroem determinada Política Pública.

Enrique Saravia (2006), foi outro autor que contribuiu no debate para a definição de políticas públicas e sua construção na história. Para o autor, a política pública é compreendida pelo Estado de maneira variável para cada período histórico, região e conjuntura política. Durante o século XX, as instituições estatais passaram por diversas modificações encabeçadas pelas transformações do sistema capitalista, o que exigiu dos Estados pelo mundo uma adaptação cada vez mais dinâmica às transformações conjunturais e econômicas. Em uma política internacional cada vez mais integrada e globalista, Saravia (2006) apresenta alguns dos aspectos que contribuíram com as transformações da política pública durante este século:

A mudança profunda e rápida do contexto econômico e institucional, os problemas de complexidade crescente vinculados à globalização, que levam à necessidade de competir na economia mundial e à internacionalização de muitos assuntos que anteriormente eram preocupações domésticas, a diversificação das necessidades da sociedade, as novas tecnologias de comunicação e informação e o papel decisivo da mídia, a crescente participação dos usuários e grupos de pressão nos processos decisórios e a exigência de maior transparência e provisão de informação em todas as áreas de ação governamental (SARAVIA, 2006, p. 9).

Saravia (2006) apresenta que a forma que um governo aplica suas políticas públicas é parte integrada aos acontecimentos internacionais, as transformações sociais, e ao modelo econômico vigente do sistema capitalista. O século XX representa muito bem este aspecto, já que o sistema econômico capitalista em determinados momentos exige uma maior ação e planejamento pragmático do Estado para o desenvolvimento econômico e social, e por outros momentos se tornou mais flexível e agente estratégico para beneficiar outras esferas econômicas privadas para esta função.

Se para Saravia (2006) a conjuntura histórica e econômica se torna uma variável para a maneira como a política pública se executa e se transforma, qual aspecto seria constante para compreensão de seu próprio conceito e ação? O autor descreve que a política pública pode ser compreendida como “um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos” (SARAVIA, 2006, p. 13). Ou seja, para Saravia a política pública é um conjunto de decisões, ou omissões, de um setor social que está no poder. Estas ações são tomadas para atingir determinados objetivos, que podem ser bem amplos em seus aspectos, e muitas vezes seu conteúdo e consequências estão omissos na formulação da política pública aplicada.

Cada política pública se configura de maneira bem típica para cada gestão e das correlações de forças que a compõe. Saravia afirma que a política pública em si não tem caráter previsível, pode ser utilizada como diferentes estratégias que influenciam o tecido social e a conjuntura econômica diretamente, seja pela manutenção de determinados aspectos, ou para contribuir em sua superação; para tornar algo acessível e público, ou restrito e privado. As políticas públicas estão sujeitas aos setores de influência e poder de cada área, e não acontecem de maneira ordenada e racionalizada. Existem diversos aspectos que podem influenciar nas diversas etapas da política pública (agenda, elaboração, formulação, execução, acompanhamento e avaliação), tornando seu estudo complexo e sujeito a diversas análises dependendo do ponto de vista e etapa que a pesquisa toma como objeto.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), publicou em 2013 o texto *Monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil e América Latina: apontamentos conceituais, considerações metodológicas e reflexões*, que se

torna elucidador na explicação dos aspectos e importância de cada etapa da efetivação da política pública. O texto publicado apresenta a política pública como parte de um movimento cíclico, que passaria por etapas em um processo não conclusivo e dinâmico. A primeira etapa seria denominada como a Agenda, que se trata do processo de identificação de um problema ou demanda social, procurando encontrar os possíveis caminhos que culminaram na atual conjuntura do problema. A próxima etapa seria responsável pela Formulação, que procura encontrar soluções e perspectivas para atuar sobre os problemas identificados pela Agenda. A terceira etapa seria da Tomada de Decisões dos processos de Formulação, com caráter mais deliberativo. A Implementação seria o próximo passo, no qual seria coletado os recursos para a ação do próprio Estado na solução do problema. A última etapa seria a de Avaliação, no qual é feito uma espécie de diagnóstico da política que busca identificar as possíveis falhas e sucessos que determinada política resultou. A partir disto, pode ser feita ou não um aprimoramento, continuidade, ou desligamento desta Política Pública, por isso o caráter cíclico e não conclusivo da política pública, já que independente de sua permanência ou não, os efeitos sociais resultantes da política permanecem ecoando na problemática social identificada.

O texto publicado pelo MDS também apresenta a importância e os desafios de uma avaliação de política pública, que é o caso deste trabalho. Primeiro ponto apresentado, é que uma avaliação de políticas não se trata de uma avaliação de programas, tendo em vista que uma avaliação de política irá atuar de maneira investigativa, reflexiva e acadêmica para apresentar as bases políticas e sociais que constituem determinada política pública, e se seus objetivos da Agenda foram de fato implementados. Uma avaliação de programa irá propor uma crítica do ponto de vista técnico, e sugere maior recomendações práticas de como aprimorá-la.

As políticas públicas de drogas podem ser definidas e tratadas de diversas maneiras pelo governo, já que essa em sua própria construção histórica foi tratada e orientada por diversos campos dentro do Estado, passando pelo tratamento sanitário, de saúde, de segurança pública, legislativo, e econômico. Definir em qual área a política pública de drogas se aplica se torna bastante complexo justamente pelo seu caráter multifacetado, que vão depender da maneira que a gestão e contexto histórico irá direcionar os problemas e deliberações sobre o assunto. De toda maneira, a Política

Pública de Drogas é um conjunto de ações governamentais, que tem como base o controle da circulação, venda e consumo de substâncias psicoativas, como também a administração da saúde e dos direitos do usuário de drogas, podendo ser compreendida de maneira geral como uma Política Pública Social¹.

Quando se trata especificamente da Política Pública de Drogas no Brasil, o debate e a tomada de decisão em relação à política partiram predominantemente de modelos estrangeiros. Nas últimas décadas, o país permaneceu e aprofundou uma política que tem como grande impulsionador os Estados Unidos, que através de métodos punitivos e de demonização do contexto de algumas drogas, tem como grande objetivo a abstinência do uso e o combate a oferta de determinadas substâncias psicoativas pelo mundo. Como vem sendo apresentado em algumas pesquisas, o consumo de drogas ilícitas vem em uma constante crescente, acompanha pela repressão e encarceramento através da punição contra o tráfico (BOITEUX 2006). Neste contexto é perceptível que, apesar dos esforços por parte da atual política de drogas em utilizar o sistema penal no combate à oferta destas substâncias, é necessário uma avaliação profunda se as bases que mantém a política pública de drogas da maneira que está sendo efetuada, são justificados pelos seus resultados e perspectivas ou por outros aspectos políticos e morais construídos historicamente..

1.2 O QUE SÃO DROGAS

1.2.1 DEFINIÇÕES DE AUTORES E ENTIDADES

De antemão, encontrar uma definição científica do que se entende como droga e de seu uso pode facilmente recair sobre uma perspectiva moral e individual. Por isso, a utilização de classificações, embora seja importante para uma melhor compreensão e investigação sobre o assunto, precisa ser acompanhada de uma constante reflexão e crítica. É necessário reconhecer que existem inúmeras definições e parâmetros, tanto

¹ Aqui Política Pública Social não está diretamente relacionada a mecanismos de combate à pobreza, como tradicionalmente são reconhecidas, mas sim na gestão das consequências que a circulação e consumo de drogas podem acarretar no convívio social e econômico de um país.

culturais como sociais que podem interpretar a definição e o uso de drogas de maneiras diferentes.

A etimologia do termo demonstra a maneira como o contexto e significado da palavra pode se modificar no decorrer da história. *Droga*, tem provável procedência holandesa que se origina da palavra “droog” que teria como significado “*produtos secos*” e servia para designar no século XVI ao XVII, diversas substâncias da natureza consumidas através da alimentação ou para uso medicinal (CARNEIRO, 2005). De origem colonial, a palavra *droga* no seu princípio não possuía uma distinção clara de alimentos ou remédios, um pouco parecido na maneira que é tratada drogas como café e vinho. Com o passar dos anos, a palavra foi criando maior distinção por parte do senso comum e sendo de maneira geral associada a substâncias químicas que causa efeito psicoativo no corpo, sobretudo em relação às drogas classificadas como lícitas e ilícitas, se distinguindo de alimentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma importante agência especializada em saúde que debate desde o seu princípio os efeitos, classificações e definições da droga dentro do campo da saúde. Em sua última definição, a OMS classifica como droga “*qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento*” (SENAD, 2011, p.18). Neste sentido, alimentos que alteram o humor e energia de um indivíduo, assim também como remédios que são utilizados para tratar doenças de nível físico ou psiquiátrico, são consideradas drogas pela Organização Mundial da Saúde. Neste sentido, ao contrário da associação pelo senso comum da compreensão de drogas apenas ao contexto do consumo de substâncias ilícitas, as drogas estão presentes na vida da maioria dos indivíduos, que consomem drogas durante o seu dia a dia, seja bebendo uma xícara de café ou usando medicamentos, por exemplo

Diante disso, a opção aqui feita é a de utilizar a palavra “droga” sem intenção de fazer referências pejorativas a qualquer substância em questão, e de englobar tanto as lícitas quanto as ilícitas. Outra posição importante é a de considerarmos as drogas, como em culturas antigas, substâncias neutras que, em sua existência, não têm significado. As consequências dos usos dependem dos sistemas discursivos no qual eles se inserem (SOUTHER, 2012, p. 6).

Quando se trata de drogas, sua classificação pode ser bem ampla ao qual depende do critério que é aplicado, podendo envolver inúmeras dimensões e possibilidades. O professor de farmacologia Leslie Iversen (DROGAS: ENCYCLOPAEDIA, 2012) por exemplo, utiliza em seu texto a definição a partir das estruturas químicas das substâncias, e na maneira como estas reagem dentro do organismo, tendo suas classificações que se subdividem em drogas perturbadoras, estimulantes e depressoras². As drogas classificadas como depressoras são aquelas que em seu princípio ativo químico, tem a capacidade sedativa e de relaxamento do indivíduo. Já as estimuladoras, possuem o princípio ativo que gera euforia, bem estar, melhora de humor, alerta no usuário. As perturbadoras produzem alucinações e alterações mais profundas no sistema nervoso central. A definição farmacológica, embora com sua importância para designar as substâncias e a maneira como estas reagem dentro do organismo de um usuário, não é suficiente perante a amplitude de classificações e definições que abrange drogas e seus contextos.

A dependência ao uso de drogas ou o seu consumo ocasional, faz com que a mesma droga desencadeia diferentes tipos de reações no corpo. Por isso a classificação em relação ao tipo de usuários de drogas levando em conta sua periodicidade do uso, é outra dimensão que se torna necessária considerar para entender drogas e seus efeitos. A OMS (SENAD, 2011) estabeleceu definições feitas a partir do consumo dos usuários separando pelo espectro de ocasionais, habituais e dependentes. Essa classificação leva em conta a frequência do uso, a maneira como o usuário faz o uso, e como o indivíduo faz a manutenção do uso. Em suas classificações, o sujeito dependente seria aquele que enquadra nos comportamentos de compulsividade, descontrole, abstinência, e a dificuldade em estabelecer o consumo de forma e em locais adequados.

Outra classificação que também se torna importante ressaltar é a definição a partir do status legal da substância, ou seja, da classificação que subdivide as drogas em: "legais", lícitas; "ilegais", ilícitas; ou controladas, que tem o seu uso sob fiscalização de um profissional da saúde.

² Exemplos de drogas depressoras são o álcool, morfina e ópio. Já as estimulantes são cocaína, crack e cafeína. As perturbadoras podemos citar a maconha e o LSD como exemplo.

As drogas ilícitas são aquelas cuja produção e venda para uso recreativo estão vedados, geralmente em razão de convenções e tratados internacionais. São exemplos cocaína e ópio. As drogas lícitas, é comum que cada país exerça uma regulamentação interna dessas substâncias, como por exemplo o Brasil, onde é proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos. As controladas são aquelas em que existe certo controle na produção e comercialização, tendo como principal exemplo os medicamentos (BRUGNARA, 2012, p. 11).

Como o recorte sobre legalidade foram estabelecidos principalmente através de convenções internacionais, cabe questionar que tipos de aspectos foram levados em consideração para classificar a substância como lícita ou ilícita. Se tratasse de seu potencial de vício, ou do impacto que a droga causa na saúde física e psicológica do indivíduo, seria sua propriedade química e a maneira que a substância reage ao organismo o principal aspecto a ser levado em conta. Entretanto, é possível constatar através de estudos farmacológicos de Leslie Iven (2012) que a política não classificada tendo como base este critério:

A maconha, por exemplo, é classificada em tratados internacionais como um “narcótico” perigoso sem usos medicinais, uma classificação mais severa do que a da aspirina, por exemplo. Mas a aspirina, usada como analgésico e que pode ser comprada em qualquer farmácia sem prescrição médica, leva à morte milhares de pacientes todos os anos no mundo, em decorrência de hemorragias digestivas (IVERSEN, 2012).

A classificação de lícito ou ilícito está diretamente relacionada ao contexto moral e político que os acordos internacionais que culminaram na proibição estabeleceram, já que do ponto de vista técnico e farmacológico a restrição não vem sendo utilizada pelos termos científicos e das atuais pesquisas em saúde da área. Por isso, é importante considerar dentro do estudo dessa política pública a droga e seus efeitos sociais, como uma concepção construída historicamente. É necessário analisar

de forma desvinculada do pseudo paralelo entre “veneno” e “remédio” ou de qualquer concepção moral o uso de substâncias. Afinal, todas as pessoas em algum momento fizeram, ou irão fazer o uso de drogas, suas consequências estão diretamente relacionadas ao sistema político e social ao qual a substância se insere

A classificação ilícita do uso de drogas é bastante recente em consideração aos anos de uso dessas substâncias. A utilização de drogas é datada por milênios por todos os continentes e sociedades. Por outro lado, faz apenas um século que a criminalização do uso de algumas substâncias foi implementada pelos Estados através de uma política jurídica criminal. O aspecto legal da substância se torna fundamental na maneira como o Estado pode implementar *Políticas Públicas de Controle* (RODRIGUES, 2008) para seus usuários. Por isso é importante resgatar todo o histórico do uso e da proibição das drogas a nível global, para questionar quais foram suas bases políticas e científicas que culminaram tal classificação.

1.2.2 A HISTÓRIA DO USO DAS DROGAS

Embora seja complexo estabelecer quando se deu o princípio da relação entre a humanidade e substâncias psicoativas, o uso de drogas pode ser datado por mais de 10.000 anos nas primeiras sociedades (BRUGNARA, 2012). As primeiras civilizações já estavam familiarizadas com o uso e os efeitos que as drogas causavam. Dentro da religião foi utilizada em diversos rituais religiosos, tratadas como "substâncias sagradas" que serviam como ponte para o contato com sua espiritualidade e a divindade.

Na Grécia Antiga, a droga era vista pela sociedade por um “*espírito neutro*” (SOUTHIER, 2012), no sentido de que a substância não era entendida nem como algo negativo ou positivo, tinha sentido imparcial. A droga era apenas um instrumento catalisador para potencializar características naturais do próprio indivíduo. O aspecto

neutro da droga começou a ser modificado a partir dos Impérios Romanos, que com a necessidade de uma distinção entre rituais pagãos e cristãos, utilizou as drogas como elemento de diferenciação. A partir de então algumas drogas passaram a ser relacionadas por outro princípio moral, tanto dentro de rituais religiosos como também pelo uso recreativo.

Durante o final da Idade Média e o princípio da Modernidade, no desenvolvimento das rotas comerciais dos europeus com o Oriente e também com os primeiros contatos com os continentes americanos, novos ingredientes, sabores e substâncias foram também sendo explorados, e consequentemente novas economias estavam se construindo. Denominadas por Mintz (1986) como *drug foods*, ou “alimentos drogas”, novas substâncias passaram a ser comercializadas e utilizadas pelos europeus. O contato com o mundo Árabe por exemplo, “*forneceu aos Europeus a produção e comercialização do açúcar.*” (VARGAS, 2008, p. 46). O chá da China, chocolate da América do Sul, o tabaco da América Central, demonstra a variedade de produtos que alimentaram as primeiras rotas comerciais estabelecidas pelos europeus que viam tais substâncias como alimentos exóticos com o potencial de acrescentar sabores, modificar os estados do corpo ou lhe conceder prazeres.

A grande impulsionadora da economia neste período foram as drogas, representadas por três principais rotas comerciais, sendo a primeira de especiarias; a segunda dos produtos da cana (açúcar, aguardente); e a última das bebidas quentes e do fumo; todas criaram um grande comércio e sistema de produção voltada especificamente pelas drogas. Isso demonstra o impacto sócio-econômico que a droga teve na história do mundo, pois foi esta produção que impulsionou a diáspora entre os continentes Africano e Americanos, realizada através da escravização de pessoas africanas que era majoritariamente mão de obra na produção de cana de açúcar e café na América do Sul e Central.

Com o desenvolvimento das ciências a partir do século XIX, a química e a farmacêutica conseguiram produzir outros tipos de drogas através do refinamento e purificação de substâncias vegetais, minerais e animais. Drogas como xaropes, remédios e bebidas passaram a ser produzidas e posteriormente utilizadas em tratamentos. Com as novas descobertas da ciência, a medicina e a farmacologia, existiu um grande salto no desenvolvimento de tratamentos e remédios, o que fez com que a humanidade se relacionasse com as drogas sobre uma nova perspectiva. O Ópio e a Morfina, servem de grandes exemplos no potencial que as drogas contribuíram para o desenvolvimento da medicina.

A introdução dos anestésicos permitiu um considerável avanço nas práticas médicas ao enfim tornar possível contornar com relativa eficácia o problema da dor durante os procedimentos operatórios. Sua introdução resultou num verdadeiro boom nas intervenções cirúrgicas (VARGAS, 2008, p. 52).

A partir do século XX, o uso de determinadas substância passou a ser alvo de controle sobre o Estado. Com uma mudança de paradigma moral em relação a droga, determinados produtos que não eram utilizados pelo fim terapêutico passaram a serem reprimidos a partir de uma Política Pública de Estado.

De origem contemporânea, os termos lícitos e ilícitos foram implementados pelos próprios farmacólogos. Os mesmos que utilizaram das descobertas sobre drogas dos séculos passados para aprimorarem tratamentos e avanços na medicina. Afinal, um conjunto de efeitos colaterais vinham sendo descobertos juntamente com o uso de novos remédios com finalidade terapêutica. O uso de determinadas substâncias que eram consumidas por outros motivos que não fosse estabelecidos pelo campo farmacológico e médico, passaram por um processo distinção entre fármacos e drogas. As drogas

consideradas ilícitas passaram a ser reprimidas por uma política de bases jurídicas, enquanto o uso de fármacos foi incentivado durante todo século XX.

Por isso é preciso se precaver contra a naturalização da distinção entre drogas e fármacos – pois os fármacos também são, todos eles, drogas – e reconhecer que, embora as políticas oficiais sejam marcadas pela repressão ou, mesmo, pela guerra às drogas, no sentido restrito do termo, as relações que a maioria das sociedades contemporâneas (especialmente as ocidentais) mantêm com relação às drogas (no sentido amplo do termo) estão longe da univocidade, seja porque as políticas de repressão são, freqüentemente, ambíguas, seja porque, mais fundamentalmente, jamais o consumo de drogas (no sentido amplo do termo) foi tão difundido ou, mais precisamente, foi tão incitado quanto no último século (VARGAS, 2008, p. 55).

Com o passar dos anos a política de repressão às drogas passaria por diversos paradigmas, onde a distinção feita entre drogas lícitas e ilícitas passaria a ser questionada tanto pelos efeitos que a política geraria, como pelas novas descobertas científicas a respeito das drogas. Dessa maneira, a política foi tomando cada vez mais uma perspectiva jurídica e moral, em que destinaria seus esforços na repressão da oferta e na estigmatização do consumo de drogas ilícitas.

1.3 A POLÍTICA PROIBICIONISTA

Quando se trata do surgimento da política pública de drogas, mesmo que possamos levar em consideração diversos fatores específicos para cada região, como também os contextos religiosos, econômicos e políticos que influenciaram na sua gênese, não se sabe ao certo qual principal relação que fez com que a criminalização de algumas drogas se tornasse um esforço por parte dos Estados. Cada país desenvolveu sua própria especificidade sobre o assunto, como por exemplo o governo Chinês que no século XIX teve o tabaco e o ópio como as primeiras drogas a serem proibidas pelo

país. A decisão do Governo Chinês foi influenciada por questões econômicas, que na tentativa de recuperar sua balança comercial com a Inglaterra e Europa, o governo tomou medidas extremas utilizando execuções caso o indivíduo insistisse em utilizar a droga comercializada pelos ingleses

A Inglaterra por outro lado tinha muito interesse no consumo e comercialização do Ópio na China. Além de ser uma grande fonte de lucros advinda do contrabando de sua marinha, o comércio permitia favorecer a balança comercial aos ingleses, já que estes eram grandes importadores do chá Chinês. Nessa briga de interesses pelo uso ou não do Ópio no território asiático, o governo Chinês mandou bombardear os navios de ópio inglês para impedir sua comercialização. Não contente, o governo Inglês iniciou uma guerra contra a China na qual acabou saindo vitorioso. A partir de então, mesmo com o governo Chinês vetando a utilização do ópio para a população, o comércio teve que ser permitido por vistas grossas no seu território.

Duas décadas depois, em 1909 em Xangai, existiu um grande divisor de águas do que se trata da regulamentação de drogas que impactaria todo o mundo. Neste ano, organizado pelos Estados Unidos da América na tentativa de estabelecer influências na China, foi discutido a implementação e limitações em relação ao comércio de ópio e de seus derivados. Como também fazia parte do interesse do Governo Chinês, já que este se aprofundou em uma crise com a derrota na Guerra do Chá contra a Inglaterra, permitiu que a conferência fosse sediada no seu território. A princípio, a conferência teria como resultado recomendações internacionais genéricas para incentivar a diminuição do consumo do ópio pelo mundo. Entretanto, o documento produzido pela conferência traria uma das principais brechas e bases para a formulação da política proibicionista de drogas nos EUA, e posteriormente pelo mundo.

Tratar da história do proibicionismo é também tratar da construção que é feita pelo Estado no controle de psicoativos pelo mundo. É fundamental compreender que os

EUA é um dos grandes propulsores dessa política, e que o proibicionismo já nasce através de convenções internacionais, comprovadas desde as primeiras conferências feitas a partir de 1909. A Conferência de Haia foi o próximo passo dado nesta construção que impulsiona a política de controle proibicionista. Sediada na Holanda em 1911, teve como principal articulador os estadunidenses que se sobressaíram diplomaticamente formulando um tratado com diversos Estados que impediria o consumo recreativo do Ópio e Cocaína.

O tratado de Haia dialogava diretamente com movimentos puritanos que defendiam que reformas internas fossem feitas pelo Estados Unidos na época. Pode se usar como exemplo a implementação da *Harvison Act*, assinado em 1914, que proibiria o uso não medicinal do ópio, morfina e cocaína em todo território estadunidense. As reformas internas que teve apoio por parte da população no início do século XX, fez com que as “*Ligas Anti-Saloon da América*”³ (RODRIGUES, 2008) aderisse um discurso pautado no incentivo ao combate a imoralidade e a vulgaridade que os vícios de algumas drogas, incluindo o álcool, acarreta na população. A partir da conferência de Haia, as recomendações tomaram dimensões legais, emitindo o documento que reformaria a política de drogas dos estadunidenses e dos países aliados. Nessa conjuntura, a partir destas convenções e do apoio popular de movimentos puritanos, foi implementado em 1914 o “Harrison Act”, restringindo o uso de boa parte das drogas , apenas permitidas para finalidades médicas.

Outro fator que é determinante quando se pensa na construção da proibição e do estigma do uso de algumas substâncias nos Estados Unidos, foi o preconceito étnico e xenofóbico. Existia um forte preconceito, principalmente nos estados do sul dos Estados

³ Ligas Anti-Saloon foi uma das principais organizações do Movimento de Temperança que surgiram nos Estados Unidos depois da Guerra Civil. Os movimentos de temperança era um grupo radical que procuravam a abstinência do uso do álcool, e tinha como maiores representantes internacionais organizações dos Estados Unidos e Inglaterra (RODRIGUES, 2008.).

Unidos onde os movimentos puritanos e de temperança eram fortes, em relação a populações imigrantes que serviam como mão de obra no sul do país. A construção do estigma sobre as drogas no Estados Unidos está diretamente associada ao preconceito étnico de determinadas populações, como por exemplo a *marijuana* para os mexicanos, cocaína para os negros, e o ópio aos chineses.

Desde o início do século XIX, os americanos já associaram o ópio com a imigração chinesa ocorrida depois da Guerra Civil, destinada à construção de ferrovias e ao duro trabalho nas minas de ouro e carvão. Algum tempo depois surgiram as primeiras leis que proibiram o uso de ópio nos EUA, editadas em São Francisco em 1875 e na Virgínia no ano seguinte. Assim, a razão apontada pelos autores para os Estados Unidos terem editado suas primeiras leis anti-ópio no final do século XIX, está diretamente ligada a essa percepção (RODRIGUES, 2006, p. 63).

Segundo Antonio Escohotado (1999), o relatório resgatado pelo autor emitido em 1905 traria um diagnóstico do número de usuários de cocaína nos Estados Unidos durante este período. O relatório levantou que cerca de 200 mil pessoas, aproximadamente 0,5% da população na época, era usuária da substância. Outro dado levantado por esta pesquisa afirma que *“Nesse momento, as pessoas usuárias dessas drogas eram geralmente bem integradas socialmente, de meia idade, ou então mais velhas, que haviam começado a usar essas substâncias sob recomendação médica, cerca de uma década antes.”* (ESCOHOTADO, 1999, p.80). Neste mesmo diagnóstico o autor complementa: *“... não se mencionou qualquer caso de overdose ou crimes cometidos por pessoas sob a influência de drogas, apesar da enorme quantidade de farmácias com todo tipo de substância disponível.”* (ESCOHOTADO, A, 1999, p. 80), Embora o uso de cocaína fosse majoritariamente feito pela classe média branca urbana, as perseguições policiais recaíam sobre bairros negros e imigrantes, seguindo o pretexto de que essas populações faziam o *“uso imoderado de drogas psicoativas, o que*

revelava sua degenerescência moral e física, e aumentava o perigo que representavam.” (RODRIGUES, 2008, p. 95)

Foi neste período, durante as duas primeiras décadas do século XX, que as drogas deixam de ser apenas uma exceção das classes altas e médias nos centros urbanos e passam a ter um contexto um pouco mais difundido entre as classes sociais. Também neste período que o uso de drogas passa a ser entendido como um mal a ser combatido e com potencial criminalizador por parte do Estado, o que fez com que fosse destinado esforços através de políticas de controle policial. Essa atuação recaía sobretudo nas novas populações imigrantes que se estabeleciam nas cidades, que eram vistas pelo Estado como um perigo de desvirtuamento e como potencial risco a propriedade.

A partir do instante em que determinados grupos são diretamente associados a um crime, qualquer que seja sua natureza, o aparato coercitivo estatal volta-se contra ele sob a justificativa de aplicar a lei. É interessante reparar que o “novo crime” do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente conectado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade (RODRIGUES, 2008, p. 96).

No final da segunda década do século XX, com o fim da Primeira Guerra Mundial, foi imposto sobre os países perdedores, como por exemplo a Alemanha um dos maiores produtores de remédios do mundo, as imposições feitas pelo tratado de Haia. A conjuntura estava positiva para os Estados Unidos na implementação do modelo proibicionista pelo mundo. Foi neste mesmo período que os estadunidenses aprofundou sua política proibicionista estabelecendo “Emenda à Constituição, a *Volstead Act*, que ficou conhecida como Lei Seca, ou “*Prohibition*” (SOUTHIER, 2012) em 1919, ao qual atacaria a produção, circulação, venda, importação e exportação

do álcool. Pela primeira vez o proibicionismo toma moldes para não só evitar, mas com a tentativa de abolir o consumo e venda de uma droga.

Mesmo no seu princípio, o modelo da Lei Seca nos EUA já demonstrava suas fragilidades causadas pelas suas próprias contradições. Com a adoção da lei, o consumo de álcool era permitido, desde que fosse produzido de maneira artesanal e voltado para o consumo próprio. A Lei Seca pretendia atingir a produção indevida de bebidas, por isso o comércio da droga foi proibido no intuito de enfraquecer tal demanda. Após a implementação, o consumo de bebidas traficadas entrou em uma rápida crescente no território, já que a oferta era baixa e a qualidade do produto também (o que tornava ainda mais tóxica e propícia a abusos). Como consequência, surgiu um ambiente propício para que a criminalidade, cárceres, violência e corrupção surgissem a partir da ilegalidade da droga.

A meta da Lei Seca era sufocar práticas e eliminar uma droga como se ela jamais houvesse existido e sido consumida e desejada. O resultado imediato dessa proibição é bastante conhecido e comentado: o efeito automático da Lei Seca não foi a supressão do álcool e dos hábitos a ele associados, mas a criação de um mercado ilícito de negociantes dispostos a oferecê-lo a uma clientela que permanecia inalterada. Inalterada em gostos, mas agora diferente, pois ilegal, criminosa. Produziu-se um campo de ilegalidades novo e pujante; inventou-se um crime e novos criminosos; e o álcool, talvez para angústia dos proibicionistas mais dedicados, não deixou de ser consumido (RODRIGUES, 2008, p. 94).

A Lei Seca, que fracassou desde o seu princípio, teve o seu fim no governo de Franklin Roosevelt (1933-1945), que retomou a comercialização regularizada de bebidas, embora em relação às outras drogas o governo permaneceu com a mesma política. Inclusive proibindo o uso de outras substâncias, como a maconha por exemplo.

Alguns anos depois, após o tratado de Genebra firmado em 1936, os EUA declarou que a produção, venda e consumo de drogas seriam crimes punidos por prisão.

Demonstrando a ascensão de um posicionamento mais duro em relação ao consumo de drogas que o país teria em relação ao usuário e ao tráfico. No contexto pós-guerra em 1946, através de um congresso da ONU para o acordo de paz, se consolidou a convenção internacional de drogas com fortes traços proibicionistas, o que demonstra a pretensão da política em tomar dimensões globais. Também partir da Segunda Guerra Mundial, o número de drogas sintéticas e de refinamento de substâncias cresceu consideravelmente. Anfetamina, metanfetamina e LSD passaram a ser produzidas e estudadas por laboratórios por todo o mundo.

O LSD foi uma droga sintética criada durante a década de 1940, que ajudou a construir um novo imaginário por parte de uma geração inteira. A década de 1960 foi marcada pelo uso desta droga, que tinha como promessa a libertação de repressões psíquicas e ampliar as percepções sobre traumas, sentimentos e mundo. Na mesma década, a droga se tornou ilícita pois foi considerada pelo Governo Estadunidense inadequada para qualquer sujeito administrar a droga através do uso inadequado, podendo recair sobre “*bad trips*” e surtos psicóticos.

A década de 1960 nos Estados Unidos também foi marcada pela crítica por parte da juventude ao “*American Way of Life*”, à guerra do Vietnã por um lado, e as agitações dos movimentos de contracultura e a luta pelos direitos civis por outro. Conjuntamente a isso, o uso de drogas ilícitas entre a população jovem cresceu. Os movimentos, por acreditarem em uma liberdade e expansão através das drogas, escolhiam o LSD por ser considerada menos tóxica e com menos chances de dependência do que a cocaína e o álcool por exemplo, que poderiam levar ao conformismo. Embora parte da juventude da década de 1960 fosse engajada em lutas por direitos civis e pela legalização da maconha, o debate não tomou dimensões hegemônicas suficientes para mudar as estruturas políticas em relação às drogas. Desde então, emergiu uma grande reação conservadora ao uso de drogas na década seguinte,

que é representada pelo endurecimento das políticas de drogas pelo mundo, sobretudo nos EUA onde as medidas tomadas pelo presidente Richard Nixon (1969-1974) mudariam a conjuntura política em relação à política de drogas da época, permanecendo alguns traços até os dias de hoje.

Com a implementação da política de “War on Drugs” feita por Nixon na década de 1970, o cenário em relação à política pública proibicionista de drogas se torna um grande investimento por parte do Estado estadunidense, colocando o uso e o tráfico de drogas como inimigo número um do país na época. Essa política mudaria grande parte na maneira como os Estados Unidos trataria com políticas de drogas diretamente vinculada a segurança pública, e tomando uma dimensão global.

Em plena Guerra Fria, era de praxe do Governo dos Estados Unidos intervir militar e diplomaticamente em países estrangeiros a partir de uma suposta “ameaça comunista”. No contexto das drogas essa mesma situação foi incorporada na dimensão do tráfico de drogas global, no sentido de que o governo atuava sobre a tese de existir dois contextos internacionais, onde países produtores de drogas (América Latina) e os consumidores (Países do centro capitalista) alimentavam o comércio ilícito de drogas pelo mundo. Contudo nessa dicotomia era desconsiderada a produção de drogas dentro dos EUA e na Europa, que era considerável. Os principais laboratórios de drogas sintéticas se situam nesses países, assim como as grandes plantações de maconha que existem no sul dos Estados Unidos.

A lógica da guerra às drogas, segundo Passetti (1991, p. 61) se baseia numa “ficção”: a de que existem, de forma estanque, países produtores e países consumidores (1991, p. 61). Numa palavra, baseia-se na ilusória impressão de que os países que mais consomem nada produzem e os que mais produzem nada consomem. (RODRIGUES, 2008, p.99)

Entretanto, esta dicotomia serviu como pretexto ideal para os EUA começar a controlar diretamente a perseguição pelo tráfico e produção internacional de drogas, que se tornou um assunto de segurança nacional para o país. Com a criação de uma lei única de drogas e uma polícia voltada apenas para repressão do comércio, a política proibicionista se exporta pelo mundo. Sendo assim, Nixon através de uma política de drogas endurecida pelo sistema de criminalização penal e policial pelo mundo, começa a sentir os primeiros efeitos colaterais que o proibicionismo gerou dentro da Lei Seca na década de 1920: a ascensão da economia do tráfico.

Conjuntamente com o aumento da repressão do comércio internacional de drogas, o tráfico criou mecanismos internacionais cada vez mais elaborados para cobrirem a oferta mundial, tornando o tráfico um negócio extremamente lucrativo, porém extremamente bélico e violento, sujeito a esquemas corruptíveis por parte das forças policiais e políticas.

No campo científico, o enrijecimento feito por Nixon é representado pela Convenção sobre Drogas Psicotrópicas “ (*psico*: mente, *tropia*: modificação)” (SOUTHIER, 2012) realizada em Viena em 1971. A convenção serviu para estabelecer uma lista no qual separaria a classificação de drogas em quatro grupos para estudo, que passaria pelo espectro de drogas que não poderiam ser usadas nem por uso médico ou científico (Lista I), e drogas permitidas para uso médico e científico (Lista IV). Essa convenção demonstra o aprofundamento do controle das informações sobre drogas pelo mundo, dificultando até estudos mais elaborados que estavam em curso na época.

A década de 1980 foi marcada pela política de drogas de Ronald Reagan (1981-1989) que oficializou através de um documento titulado NSDD-221 a declaração de que os principais inimigos dos estadunidenses e do Ocidente seria tanto o tráfico internacional de drogas ilícitas como o terrorismo de esquerda, aprofundando sua intervenção mundial principalmente nos continentes americanos. Durante sua

intervenção nestes países, especialmente na América Latina, tanto o discurso entre terrorismo de esquerda e do narcotráfico foram incorporados, o que serviu como grande razão de sua interferência na política de drogas em outros países. Foi na década de 1980 que o proibicionismo ganhou forças de apoio de grandes investimentos internacional, que é comprovado através da Convenção da ONU com o lema: “Um mundo livre de drogas: é possível”, sediado em Viena em 1988 no qual o debate sobre o tráfico de ilícitos e substâncias psicotrópicas aplicou penas mais rigorosas em relação ao tráfico internacional, e tinha também como um dos principais objetivos a diminuição drástica do consumo e demanda de drogas pelo mundo até 1998.

Contudo, ao passar das décadas, os resultados de constantes diagnósticos foram em contramão das expectativas feitas pelas Convenções da ONU da década de 1980. Dados mais recentes fornecidos pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC, 2011) afirmam que o crime organizado e a lavagem de dinheiro pelo mundo chegam a cobrir o equivalente a 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB) global, valor que pode chegar a US\$ 2,1 trilhões. Desse valor, estima-se que cerca de 20% está diretamente relacionado a drogas.

Outros dados que contrariam os esforços estabelecidos pela ONU e os Estados pelo mundo em relação a política proibicionista no século XX, está no fato de que a *Guerra às Drogas* se tornou um grande catalisador do tráfico pelo mundo. Através da proibição, o narcotráfico possui poder econômico cada vez maior por cobrir a grande oferta de usuários. Isso permite um poder cada vez maior sobre indivíduos que são bem remunerados pelo risco que correm ao se tornarem agentes do tráfico, visto que estes são constantemente “descartados” pelo narcotráfico e substituído por outro indivíduo disposto a sacrificar sua liberdade ou vida pelo negócio bilionário do tráfico de drogas. Nesse sentido, quanto maior poder econômico tiver o narcotráfico, maior o número de pessoas dispostas a trabalharem para eles irão ter. Nessa lógica, o resultado tem sido um

número cada vez maior de pessoas encarceradas e mortas pelo mundo através do narcotráfico, e mesmo assim, a repressão nunca impediu que o negócio clandestino se expandisse e conseguisse maior controle e intermediários.

Todas essas pessoas são substituíveis e, em todo caso, podem ser contratadas em maior número, quando necessário. A quantidade de gente trabalhando para o narcotráfico é um dos fatores que lotam as prisões em todo o mundo. Segundo dados do Centro Internacional de Estudos Prisionais (International Centre for Prison Studies – ICPS, s.d.), ligado à Universidade de Essex, os EUA, essa terra da “liberdade” e da “oportunidade”, têm uma população carcerária de mais de 2 milhões e 200 mil pessoas, o que equivale a mais de 20% de todas as pessoas prisioneiras do mundo, mais do que a China, cuja população é três vezes maior que a dos EUA. Segundo Burgierman (2011, p.43), mais da metade da população carcerária dos EUA cometeu crimes relacionados às drogas (SOUTHER, 2012, p.18).

Outra pesquisa também realizada pela UNODC (COMISSÃO GLOBAL, 2011, p.4; UNODC, 2008, p.7) comprova o fracasso dos esforços por parte da convenção da ONU de 1988. As pesquisas estimam que 20 anos depois, em 2008, não existiu nenhuma redução significativa da demanda de drogas, pelo contrário, o consumo de maconha cresceu 8,5%; o de cocaína, 25%; e o de opiáceos, 34,5%

Em 2012, segundo dados do relatório do UNODC de 2014, estimou-se que 243 milhões de pessoas, correspondentes a 5,2% da população mundial com idade entre 15-64 anos, tinham usado alguma droga ilícita – principalmente alguma substância pertencente à cannabis (177 milhões de usuários/as), opiáceos/opioides (49 milhões), cocaína (17 milhões) ou do grupo das anfetaminas (34 milhões) – pelo menos uma vez no ano anterior (SOUTHER, 2012, p. 17).

Apesar do aumento do consumo de drogas ter aumentado durante estes anos, outros dados fornecidos pela UNODC chamaram a atenção principalmente dos

profissionais da saúde que tratam sobre o assunto. Destes 243 milhões de usuários pelo mundo, apenas 27 milhões (10%) dos usuários irão apresentar transtornos relacionados ao consumo dependente ou regular, o que representa 10% do total. Outro dado estima que as mortes relacionadas ao uso de drogas estão dentro da faixa de 40 mortes a cada 1 milhão de pessoas entre 15-64 anos de idade, tendo a overdose de heroína e o uso não médico de opioides como principal causa que implicaria nas fatalidades. Diante do grande número de usuários pelo mundo, e do incessante aumento dessa população, pareceu mais viável para alguns profissionais da área investir em uma política de redução de danos voltadas para as populações mais vulneráveis e com maior risco, ao em vez de investir em uma suposta política de redução da oferta, repressão e estigmatização do uso de drogas pelo mundo. Esta que por fim acabaria afastando os usuários da informação, da redução de danos evitáveis, e do tratamentos do vício.

Os dados coletados por todas estas pesquisas feitas a partir da década de 1980 comprovam que os problemas sociais que perpassam o uso de drogas pelo mundo não estão sendo solucionados pelo bilionário investimento na redução da oferta. Um paralelo que é feito com outra política pública de saúde que ganhou investimentos e pesquisas também na época, é o caso dos problemas derivados da diabetes e de doenças cardiovasculares que cresceram imensamente a partir da década de 1980. Mesmo diante dessa crise não era o mais sensato a se fazer, no intuito de reduzir o número de doenças cardiovasculares, impedir o consumo alimentos gordurosos ou do açúcar pelo mundo. O atendimento e investimento em políticas públicas de saúde para as populações de risco, acompanhado de um projeto educacional para população a partir dos problemas derivados do consumo indevido desses alimentos, pareceu ser de maior garantia no sentido de reduzir as vítimas dessas doenças. Nessa perspectiva, a política de drogas passou a ter outra atenção pelos profissionais da saúde, que voltariam seus esforços na criação de uma política pública de saúde às populações que estão em risco pelo uso

indevido da droga, e também na disseminação do uso seguro de cada substância. A política não estaria preocupada em reduzir o consumo de drogas, mas na maneira que este uso possa acarretar em uma menor quantidade de vítimas.

Diante dos resultados insatisfatórios dos esforços estabelecidos no século XX, uma nova política de drogas começou a ser pensada. A disputa por uma alternativa à política proibicionista, que não só se limita apenas ao campo científico, mas também no econômico e político, se estabelece a partir de então.

1.4 RELATÓRIO MUNDIAL E A QUEBRA DO TABU

1.4.1 DESCRIMINALIZAÇÃO DAS DROGAS

Repensar e aplicar um novo modelo de política pública de drogas se torna um grande desafio, tanto pelo meio científico, quanto para os agentes do Estado. Uma vez que para um novo modelo de política de drogas é necessário buscar transformações sobre questões estruturais dentro de um país. Cabe ao Estado repensar questões relacionadas à coletividade, questões morais, econômicas, jurídicas, saúde, sanitárias, e sobretudo trazer uma alternativa possível ao modelo de política públicas vigente, uma alternativa ao modelo penal, de controle social e punitivo que está tão intrínseco na atual política de drogas em todo o mundo.

Cada vez mais estados pelo mundo vão compreendendo a necessidade de uma alternativa à política proibicionista incorporada no século XX, para uma política que esteja atualizada com as últimas pesquisas sobre drogas. Uma organização estatal que tem como finalidade uma maior garantia de que os efeitos sociais que o uso da droga possam causar, tenham um número menor de vítimas. A princípio, alguns modelos irão modificar o enfoque que a política pública terá, que passaria do combate à oferta, para o atendimento ao usuário através de mecanismos que não o criminaliza, mas que o traga assistência e acesso a direitos. Outros modelos utilizam da legalização e da

regulamentação de drogas que antes eram ilícitas para atingir o tráfico e controlar a demanda.

A maneira que o Estado criminaliza ou não o uso e consumo da droga se torna o princípio na maneira como a política pública concebe a conduta do usuário. Ou seja, se o uso de drogas é um direito, ou uma medida que caiba punição. Quando se trata da descriminalização e legalização das drogas, é possível observar duas tendências de políticas públicas: a total/liberal, que é aquela que permite o consumo relacionado a qualquer droga; ou a parcial/controlada, que teria algumas restrições para o uso, com enfoque em algumas drogas consideradas menos nocivas, como a maconha por exemplo.

O uso controlado e parcial de algumas substâncias têm sido, em alguns casos, uma alternativa de política pública de drogas pelo mundo. No uso controlado, assim como o álcool e o cigarro no Brasil, algumas drogas teriam seu uso permitido, mas através de alguns limites estabelecidos, como por exemplo a idade mínima permitida para o consumo, a quantidade, o local específico para uso, ou o uso exclusivo medicinal. No modelo do uso controlado, quanto mais nociva a droga for entendida pelo Estado, maiores restrições eles irão estabelecer em relação ao consumo dela.

Cobrando todos os tipos de substâncias, mas regulamentando a maneira que o uso irá se feito, o modelo de legalização controlada tenta conciliar entre a total descriminalização do uso de qualquer droga, com a criminalização do discurso proibicionista. Sendo que na maioria dos casos, o Estado que adota tal política tende a tratar do uso de drogas como uma liberdade individual que merece ser atendida pela perspectiva de uma política de saúde quando necessária.

A legalização controlada tem como princípio básico o uso discreto, a proibição da propaganda, e a produção e distribuição orientada pelo Estado. Ela reconhece ao usuário o direito de usar as substâncias entorpecentes por

sua própria vontade e risco, porém exige submissão desse uso as regulamentações estatais, como já ocorre em relação ao tabaco e ao álcool (BRUGNARA, 2012, p. 57).

Diferente do proibicionismo, as políticas alternativas não são fechadas, permitindo uma flexibilidade para adaptação ao contexto de cada país. Por isso, com o passar dos anos, os países que adotaram vão aperfeiçoando a política, modificando as características de acordo com os acertos e erros de cada situação.

Existem alguns modelos pelo mundo que demonstram como é possível trabalhar na mudança de paradigma em relação às Políticas Públicas de Drogas. Holanda, Espanha e Portugal são exemplos de países que modificaram sua política de criminalização de usuários, e buscaram uma alternativa onde a repressão se estabeleceria apenas ao tráfico de drogas. A Holanda por exemplo, que serve de referência do modelo político alternativo, permite que qualquer indivíduo possa consumir cinco gramas de Cannabis e haxixe dentro das *coffe shops*. Os municípios têm autonomia para permitir a existência ou não desses estabelecimentos. A política foi adotada pelo crescimento de usuários de Cannabis nas décadas de 1960/1970. Na mesma época, estudos comprovaram que o uso da Cannabis não é tão maléfico à saúde como pensavam, assim o governo permitiu o consumo como método de enfraquecimento do tráfico de drogas e retirar a cannabis do ambiente de outras mais viciantes, como a cocaína e heroína.

Ainda na Holanda, outra política de droga alternativa que foi adotada, foi a desvinculação penal do usuário de drogas. No país, a cannabis possui um porte de cinco gramas, ou o plantio doméstico de cinco pés da planta. Outras substâncias não existem tolerância, caso algum indivíduo faça o porte de mais de 0,2g de qualquer outra substância ilícita, a droga será apreendida e feita uma ocorrência. Caso o indivíduo se

encaixe nos parâmetros legislativos de tráfico, resulta em pena relativa ao tipo de substância comercializada.

Sua política de drogas (Holanda) foi pensada dentro de um paradigma da normalidade, sob forte marca sociológica, que interpretou originalmente o uso de drogas como uma forma de comportamento desviante que faz parte da cultura jovem. O usuário de Cannabis não é estigmatizado, mas visto como uma “pessoa normal”, o que sustenta esse paradigma da normalidade, que entende que tal comportamento não pode ser agressivamente estigmatizado. (BOEKHOUT, 1999, v.29, n.3, p.511 – 528, 1999. Apud BOITEUX, 2012, Ap. Cit. p. 59)

Os resultados do modelo holandês fizeram com que o número de usuário de cannabis se mantivessem estáveis, mas com que o uso da heroína, grande preocupante para o Estado Holandês, decrescesse. Os níveis de encarceramento por motivos de drogas atingiram níveis baixíssimos o que fez com que o governo economizasse com policiamento e manutenção do sistema penal, permitindo investimentos destinados a outras áreas sociais.

Portugal é outro país que seguiu um modelo de política alternativa ao proibicionismo. No ano de 2001 o governo português implantou uma política ousada, no que se trata de uma legislação de drogas. O Estado, foi o primeiro que descriminalizou toda conduta de consumir, adquirir e portar drogas para o consumo próprio. Entretanto o cultivo e produção para o próprio consumo ainda permanece como crime, com penalidade do indivíduo ser encaminhado para uma comissão especializada na discussão de *Toxico dependência*, que são formadas por pessoas do sistema judiciário e da saúde/social, que tem como objetivo o planejamento de um encontro com o usuário, abordando o indivíduo em uma conversa que o garante confidencialidade.

Nos encontros formados por essa comissão especializada, os profissionais irão avaliar se o caso trata de uma situação que merece ser arquivada ou encaminhada para tratamento, caso o usuário queira. Em alguns casos, como pena, faz com que o indivíduo preste um serviço comunitário ou pagamento de multa, entretanto isso aplica apenas em usuários não dependentes. Pelo que consta, a maioria dos casos, cerca de 68%, são arquivadas, outros 15% aceitam entrar em tratamento. Ou seja, a grande maioria dos casos a situação nem passa por um processo administrativo. Para ficar mais prático a maneira da abordagem e dos questionários, os usuários também são divididos em grupos que recebem atenções diferentes: usuários dependentes, usuários ocasionais, usuários eventuais. Embora a política para usuários modificou, para o tráfico as medidas penais ainda permaneceram as mesmas podendo chegar até doze anos de prisão dependendo da droga traficada, sendo a penalidade gradativa em relação ao dano que a droga e sua qualidade pode acarretar.

O grande passo que Portugal deu foi o de retirar por parte do Estado o estigma de criminoso do usuário. Prova disso é a transferência de ministério que trataria da situação, de Ministério da Justiça para Ministério da Saúde. Conjuntamente com essa mudança, foram ampliadas diversas políticas de redução de danos e prevenção, como por exemplo a troca de seringas, centros de acolhimento e redes de informação. O resultado foi a diminuição pela metade de processos judiciais de drogas e de mortes relacionadas ao consumo.

Outros índices que provam o sucesso direto e indireto da política pública: O consumo entre jovens caiu em Portugal a partir da adoção da política, apesar que o consumo entre outras faixas etárias o número cresceu parcialmente. Acompanhada da política de redução de danos, o número de transmissão de HIV pelo uso de drogas caiu 70%, o número de dependentes de drogas em tratamento facultativo aumentou em 62%, resultados mais que satisfatórios para uma Política Pública.

1.4.2 REDUÇÃO DE DANOS

A política de Redução de Danos é definida pelo *International Harm Reduction Association* (IHRA), ou Associação Internacional de Redução de danos, como: “...políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade.”. A política parte de um conjunto de práticas voltadas aos usuários de drogas que optam por continuarem consumindo drogas. Com princípios ancorados pelo campo da saúde e de direitos humanos, o objetivo da política tem como principal pretensão reduzir os danos causados por drogas psicoativas de todos os tipos, lícitas, ilícitas e controladas.

Existem inúmeros contextos que podem justificar a continuidade do uso de drogas, cada caso vai apresentar sua própria singularidade, subjetividade, contexto cultural e social. Obviamente este contexto extrapolam os limites de qualquer Política Pública, mesmo daquelas que destinam seus esforços em políticas de não incentivar ou proibir o uso de psicotrópicos. A política de redução de danos reconhece seus próprios limites em relação a não conseguir controlar o direito de escolha do usuário, neste sentido, ela vem como medida complementar para garantir recursos que acarreta em menores riscos sociais e de saúde para o usuário.

Um dos métodos da política de redução de danos é a propagação de informações científicas do uso contínuo da droga para os usuário. Os profissionais da área buscam oferecer dados e artifícios para reduzir danos evitáveis recorrente ao uso desinformado da droga. Muitos usuários que fazem o uso recorrente de uma substância por exemplo, não necessitam de um tratamento para controlar dependência ou do sistema de saúde diretamente, mas sim de informações científicas que comprovam a melhor maneira que pode ser feita o consumo de cada substância, evitando circunstância de risco ou até no

desenvolvimento da dependência de usuário que está utilizando a droga pela primeira vez.

O serviço de atendimento, e de intervenções em locais vulnerabilizados pelo consumo de drogas, são outros métodos recorrentes da política de redução de danos, que podem ser exemplificadas desde a distribuição de seringas para evitar contaminação de doenças transmissíveis pela corrente sanguínea, como também o atendimento médico e social para evitar que doenças se desenvolvam ou crie situações de sofrimento e/ou fatalidades no indivíduo e comunidade.

A política também compreende que as complicações do uso de drogas podem ser diversificadas e que a alteridade precisa ser levada em conta dentro de sua intervenção, identificando quais os problemas específicos que podem colocar em risco determinada população. Idade, gênero, território, são exemplos de aspectos que precisam ser considerados dentro da intervenção da política de redução de danos.

Por isso Redução de Danos se torna uma alternativa às diversas políticas que são aplicadas aos usuários que são de alto custo e pouco efetivas. Por ter baixo custo e embasada através de conhecimentos científicos, intervenções de redução de danos podem gerar grande impacto, tanto no indivíduo como na coletividade. Não é à toa que a política foi reconhecida pela comunidade médica na década de 1980, quando foi descoberta que a transmissão do vírus HIV também estaria associada ao uso de drogas. Com a distribuição de seringas feita a partir de intervenções nos locais de consumo de injetáveis, o número de contaminados por HIV diminuiu e evitou que inúmeras pessoas fossem contaminadas.

Muitas políticas e práticas, intencionalmente ou não, na verdade aumentam os riscos e problemas das pessoas que usam drogas. Isto inclui: a criminalização do uso de drogas; discriminação contra pessoas que usam drogas; corrupção e abuso de práticas policiais; políticas públicas e leis restritivas; iniquidades sociais; bem como a inexistência de serviços apropriados que podem salvar

vidas e o não oferecimento de programas de redução de danos. Políticas e práticas de redução de danos têm o dever de apoiar mudanças de comportamentos individuais. Mas também é essencial questionar e lutar pela mudança de tratados, políticas e leis, nacionais e internacionais, que amplificam os riscos e problemas do ambiente e portanto aumentam os riscos e problemas relacionados ao consumo de drogas (IHRA: PROMOTING HARM REDUCTION ON A GLOBAL BASIS, 2010.).

2 A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO BRASIL

2.1 A HISTÓRIA DA DROGA NO BRASIL

Para descrever de que maneira se desenvolveu o comércio e a produção de psicoativos no Brasil, é importante contextualizar de que forma o princípio do período moderno europeu contribuiu para que algumas substâncias fossem produzidas dentro do território brasileiro. A partir do século XVI e XVII, o contato e o estabelecimento de novas rotas comerciais entre os europeus com outras regiões do globo, contribuiu para que as estruturas produtivas e comerciais da Europa passassem a se configurar de maneira mais global e interligada. Novas relações comerciais foram estabelecidas, novos territórios passariam a ser colonizados e novos produtos seriam incorporados ao modelo de acumulação de capitais que se iniciava.

A conjuntura de um comércio mais integrado no mundo fez com que novas mercadorias passassem a ser produzidas e consumidas por uma demanda cada vez maior por todo o globo, incluindo psicoativos que antes eram limitados a determinadas culturas e regiões. Muitas drogas populares do mundo ocidental, como o café e os derivados do açúcar, foram produzidas pelos europeus a partir do desenvolvimento das relações com as populações árabes, asiáticas e americanas. O consumo passou a tomar outra dimensão na Europa, que modificaria completamente o padrão de vida social desta população.

O comércio transoceânico foi responsável por transportar plantas, microorganismos e animais de um lado para o outro, sempre em benefício do nascente capitalismo europeu. A batata e o milho, produtos americanos, proveram a base material da população mundial. Um fator igualmente importante, porém não tão conhecido, foi a capacidade ampliada das populações ligadas a esse comércio de alterar a sua consciência com produtos psicoativos (TORCATO, p. 37).

A mundialização de novas drogas que foram produzidas para atender uma economia globalizada, foi descrita por Carlos Eduardo Martins Torcato (2016) como *revolução psicoativa*, termo emprestado do estadunidense Courtwright (2001). A

princípio, a revolução psicoativa não atingiu todas as drogas existentes que os europeus tinham contato, já que esta expansão foi encabeçada a partir de populações advindas de uma construção cultural cristã, que repudia o uso de substâncias utilizadas em rituais xamânicos, ameríndios ou considerados pagãos, por exemplo.

No contexto do Brasil, o uso de drogas no seu território se dava bem antes da chegada dos portugueses. Ainda mais que quando se trata das dimensões deste território, existe uma diversidade de etnias, biomas e plantas que percorrem um território quase continental. Nos primeiros contatos dos portugueses com o território, a partir das primeiras missões jesuíticas no norte do país, já era recolhido relatos por parte dos jesuítas do enorme conhecimento de botânica por parte das etnias nativas. Também foi relatado o uso de substâncias em cerimônias e rituais religiosos, na qual a prática era reconhecida como “diabólica”. A *ayahuasca* utilizada principalmente por tribos que ocupavam o território das bacias amazônicas, é um exemplo de que desde a chegada dos portugueses era reconhecido o uso de plantas tanto como medicina, quanto para atingir estados alterados da mente.

Os primeiros relatos sobre o uso da bebida (*ayahuasca*) aparecem na obra de dois jesuítas e datam do final do século XVII e início do XVIII, ambos se referem à mesma região. Chante faz alusão a um “brebaje diabólico” chamado de *ayahuasca*, enquanto Magnin aponta a bebida como parte da medicina empregada pelos índios de Mainas na Amazônia peruana (ANTUNES, 2009, p. 77).

Neste sentido, outros produtos passaram a ser incorporados, seguindo filtros estabelecidos pelo padrão cultural cristão, ou que também fossem mais propícios para a logística de comercialização a longas distâncias. Muitas plantas e substâncias perdiam o seu princípio ativo durante as exportações, o que também dificultava a distribuição de produtos de determinadas regiões para o continente europeu. Nesta perspectiva, Torcato (2016) descreve dois grupos de drogas que foram privilegiadas para a expansão europeia de psicoativos:

As grandes de enorme expansão e de impossível proibição – bebidas alcoólicas e cafeinadas, o tabaco e o açúcar; e as pequenas de expansão

limitada que possibilitaram a intervenção pública – o ópio, a Cannabis, a coca e todos os derivados provenientes dessas plantas (TORCATO, 2016, p. 37).

Com a chegada dos europeus no Brasil, reconhecendo o potencial do território na sua biodiversidade de plantas de climas tropicais, uma espécie específica ganhou maior centralidade pela sua adaptação ao clima úmido e solos férteis: a cana de açúcar. Falando sobre as drogas de grande expansão, o açúcar se tornou o principal produto comercializado e produzido em grande escala na colônia do Brasil, que era vendida como um produto de propriedades medicinais e gosto excêntrico e exótico.

O princípio da comercialização de drogas seguiu ciclos muito similares. Eram vendidos inicialmente como medicamentos que se popularizaram, e acabam sendo consumidos cada vez mais pelos seus efeitos psicotrópicos ou sabores. Principalmente quando se trata que a partir da expansão das colônias europeias e da utilização da mão de obra escrava, o acesso a psicoativos se torna cada vez mais difundido e menos restrito às populações nobres da Europa.

O comércio de escravos e os engenhos de açúcar se tornaram os primeiros grandes investimentos estruturados da Monarquia Portuguesa, dado que a utilização da economia escravocrata condicionava a produção do açúcar no Brasil. A economia do açúcar foi impulsionada através da exploração do trabalho compulsório, racialmente hierárquico, que utilizava da mão de obra escrava de populações indígenas e do continente africano. Esta conjuntura proporciona uma nova condição étnica entre as populações originárias que já habitavam o território brasileiro e outras etnias que passariam pela diáspora até o continente americano. A partir da economia do açúcar escravocrata, existiu encontro forçado de diferentes culturas e etnias. Muitas substâncias, costumes e conhecimentos foram repassados, criando uma nova configuração cultural, alimentar e também do uso de substâncias nos engenhos brasileiros.

A economia do açúcar também se tornou bastante diversificada, se destrinchando em outras drogas que foram comercializadas e consumidas pelo mundo. O açúcar também pode ser utilizado como matéria prima na produção e conservação de outras drogas, como bebidas alcoólicas, no fumo de corda do tabaco, conservação de

produtos secos, na prepara de produtos do cânhamo e também no ópio asiático (em forma de fumo) (TORCATO ,2016).

A aguardente, um destilado que tem origem a partir de um subproduto do refinamento da cana de açúcar, foi vendida primeiramente como produto de luxo e medicinal para os países europeus. No Brasil, a cachaça foi utilizada em outros contextos em relação às etnias que aqui habitavam. Em algumas etnias indígenas, por exemplo, o destilado teve uma boa receptividade por parte de algumas tribos tendo em vista que o estado alterado da consciência tinha grande importância para algumas culturas e espiritualidades, e neste caso a aguardente tinha maior potencial psicoativo do que os fermentados produzidos pelas tribos . Sendo assim, o destilado passou a ser utilizado diversas vezes como moeda de troca nas negociações entre as populações nativas e europeias. Muitas vezes este contexto era utilizado pelos europeus para gerar desorganização social de tribos indígenas, tanto nas táticas de guerra para tomada de terras, como para criar um contexto propício para o alcoolismo dessas populações. Para os negros, a principal mão de obra escravizada no período colonial, a cachaça se popularizou pelo seu valor calórico que servia de auxílio nas jornadas extensivas nos engenhos.

O Tabaco foi outra droga produzida pelos europeus no território brasileiro que também se massificou pelo mundo durante o período colonial. Produzida nos territórios dos estados do Pará, Maranhão, Pernambuco e principalmente na Bahia, o fumo brasileiro era produzido na versão de corda, utilizando também da matéria prima do melado da cana de açúcar na sua produção. O produto foi amplamente exportado para Europa, que apesar de ser uma produção secundarizada em relação ao açúcar, se tornou bastante popular pelo mundo, tanto na sua versão de fumo, como também em rapé.

As substâncias cafeinadas passaram a ter bastante importância na produção colonial, mesmo que em sua maioria comercializada como produtos regionais. A erva mate é um exemplo de um desses produtos que foram consumidos pelos brancos a partir do conhecimento de botânica indígena, neste caso os índios Guaranis que ocupavam as bacias dos rios Paraná, Uruguai e Paraguai. Sua comercialização não tomou dimensões globais como no caso do tabaco e açúcar, mas se tornou um importante produto regional que ajudou a configurar parte da economia do sul do Brasil durante o século XIX. O guaraná é outra substância cafeinada que ficou popularmente conhecida na região

amazônica no norte do país. A princípio a substância era vendida como afrodisíaco e um remédio que prometia combater os vermes. Entretanto o Guaraná ficou popularmente conhecida pela sua capacidade energética e na sua utilização em outros produtos e remédios.

Entre as bebidas cafeinadas, sem dúvidas, a de maior importância no contexto social e econômico do Brasil foi o café. Sua característica estimulante se torna símbolo das transformações sociais que aconteciam na Europa e pelo mundo durante o século XVII. Seu efeito, ao contrário da bebida alcoólica, tem a capacidade de acelerar as atividades cerebrais, que atenderia às novas exigências do contexto burguês industrial que surgia na Europa durante este período. *“As casas de café eram importantes locais de sociabilidade masculina, tornando-se verdadeiras incubadoras das ideias liberais e revolucionária”* (TORCATO, 2016, p. 47).

Na economia brasileira, o café se tornou o principal produto de exportação durante os séculos XIX e começo do XX. A demanda da Europa em relação ao produto no século XIX cresceu consideravelmente devido às transformações estabelecidas pela revolução industrial que modificaria as relações modernas de trabalho e comportamentais. Os EUA se tornou um grande importador do café brasileiro, pois o produto se tornou símbolo de oposição ao chá inglês depois da revolução de independência. Os resultados financeiros foi a superação do déficit da balança comercial estabelecida nas primeiras décadas do século XIX no Brasil, mas que enfrentou os seus limites econômicos capitalistas no início do século XX com a superprodução do produto, colocando os preços do café a números irrisórios no mercado. Mesmo assim o café não deixou de se tornar uma droga com enorme impacto nas estruturas econômicas e sociais do Brasil, se estendendo como produto principal de exportação até o início do Governo Getúlio Vargas.

Como descrito por Torcato (2016), estas drogas citadas acima participaram de uma expansão psicoativa que atingiu uma escala bem significativa pelo mundo. Sua produção, comercialização e consumo foram distribuídas em uma economia global, intrínseca no desenvolvimento econômico capitalista desde o princípio do período colonial. Por isso, uma proibição ou uma política de controle mais severa para estas drogas se torna difícil de ser pensada por parte dos Estados Ocidentais. Entretanto outras drogas que também participaram da revolução dos psicoativos, tiveram sua

recepção diferenciada. Seu consumo e produção eram mais restritos, sujeitos a políticas de controle pelos Estados do Ocidente e carregados de preconceitos em relação ao seu consumo e origens.

A *cannabis sativa* é um exemplo destas drogas que, apesar de se tornarem populares pelo Brasil e no mundo, tomaram um rumo diferenciado das drogas privilegiadas pelo movimento de expansão da revolução psicoativa. A *cannabis sativa*, *cânhamo* ou popularmente conhecida como *maconha*, é uma planta que começou a ser cultivada no Brasil através das populações portuguesas e africanas que trouxeram-na do exterior para ser utilizada tanto como matéria prima proveniente da fibra da planta, quanto na forma de fumo. Os portugueses já eram íntimos da planta antes mesmo de chegarem ao Brasil, por meio de suas relações com regiões da África e Ásia, onde a planta era popularmente utilizada de forma terapêutica e espiritual ou como matéria prima na produção de fibras têxtil. Durante o século XVIII, por exemplo, a coroa portuguesa chegou a criar uma estatal no Brasil conhecida como *Real Feitoria do Linho Cânhamo*, que tinha como maior produto o linho da fibra da *cannabis*. Localizada na região de Pelotas no sul do Brasil, a estatal acabou sendo extinta em 1824 devido ao seu fracasso econômico, região que passaria a ser ocupada pelos imigrantes alemães que chegavam no país (TORCATO, 2016, p. 48).

De toda forma, as evidências apontam que foram as populações africanas as principais responsáveis pela produção e propagação do uso da *cannabis* pelo Brasil : “Existem evidências, desde o século XVI, que os escravos plantavam *Cannabis* nas suas hortas caseiras. Os senhores permitiam que eles fumassem nos períodos de inatividade do trabalho, reproduzindo um uso costumeiro entre os agricultores africanos.”(TORCATO, 2016, p. 48). O uso da *cannabis* no Brasil era característico principalmente da etnia Banto, população que tinha enorme similaridade com as populações da Serra Leoa no uso de nomenclaturas para o fumo da *cannabis* na época:

Souza (2012, p.176) aponta para a similaridade das formas de consumo na África e no Brasil e para a nomenclatura de origem banto que a *Cannabis* ganhou no Brasil (*liamba*, *riamba* e *diamba*). Isso denota a predominância do elemento africano no consumo (TORCATO, 2016, p. 48).

O potencial terapêutico foi outro fator que contribuiu para a popularização do uso da cannabis no Brasil. No conhecimento medicinal das camadas mais pobres do Brasil colonial, a cannabis era conhecida como uma planta utilizada para aliviar dores gastrointestinais, azia, cólica uterina e como afrodisíaco. Os caboclos da região amazônica por exemplo, utilizavam da planta no tratamento de dentes e para rituais xamânicos de curas (TORCATO, 2016, p. 51). Embora mais restrito, o uso medicinal da cannabis foi feito pelas camadas mais elitizadas. A droga foi reconhecido por médicos da coroa Portuguesa, e por laboratórios farmacológicos internacionais que realizavam pesquisas e vendiam como produto com propriedades antiasmáticas, no alívio de náuseas, como também voltado para pessoas que sofriam de insônia. (TORCATO, 2016, p.49).

A partir do século XIX, as primeiras políticas restritivas do uso da cannabis passaram a ser implementadas através de legislações municipais, principalmente no Rio de Janeiro. Contudo este é um debate que deixarei para o próximo capítulo, onde irei aprofundar sobre as restrições da cannabis e outras drogas no Brasil. Entretanto, mesmo com a maconha diante de um contexto de proibição ascendente durante o século XIX e XX, não impediu que ela se ressignificam na sociedade e passasse a surgir novas modalidades de consumo e produção.

A maconha durante o século XX passa a ser compreendida e consumida pela sociedade de maneira distinta. Se nos primeiros séculos de colonização até o princípio da República a maconha foi utilizada pelas camadas mais populares e restritas como medicamento, durante o século XX ela foi incorporada na nova mentalidade que ascendia na sociedade moderna, que fez o uso difundido de substâncias apenas para fins psicotrópicos. A função psicodélica da droga passa a ter maior centralidade no consumo da cannabis, principalmente por parte das populações jovens de classe média na metade do século XX, demonstrando que a droga passa a ser utilizada por outras camadas sociais.

A folha de coca foi outra planta que passou pelo mesmo processo de expansão psicoativa pelo mundo e no Brasil. No princípio da colonização, durante o século XVI, existiu certa rejeição por parte dos europeus em relação a planta. Por ser muito típica das populações indígenas que habitavam o Andes, e também a forma de consumo ser

através da mastigação e não líquida que era a preferencial europeia, fez com que a droga se relacionasse a um contexto de “atraso dos costumes indígenas”, que como vimos anteriormente, se tornam uma das barreiras culturais do movimento de expansão de psicoativos: “Isso ocorreu por causa da rejeição que os europeus tinham aos produtos mastigados pelas populações nativas de outros continentes e pela dificuldade de transportar a folha por largas distâncias sem que ela perdesse grande parte de seu princípio ativo” (TORCATO, 2016, p. 52). Ao passar dos séculos, com o desenvolvimento da colonização espanhola na região, a droga passou a ser considerada um importante produto regional, movimentando uma economia local muito parecido com o que aconteceu com a erva mate no Brasil. A produção da planta no território brasileiro não se propagou devido às dificuldades de adaptação da planta a biomas que não era de clima subtropical, como nas altas altitudes dos Andes, o que fez com que a droga não fosse produzida e consumida pelo país vizinho neste período.

O grande salto no movimento de expansão da cocaína se deu a partir do século XIX, com os avanços em relação ao refinamento de substância e na extração do princípio ativo de plantas pelo mundo. A partir de então o Alemão Albert Niemann (1834-1861) extrai a cocaína a partir do princípio ativo da planta da coca, que foi inicialmente utilizada como um anestésico e estimulante cerebral, vendido em lojas especializadas em fármacos. Outro produto advindo da coca que passou a ser comercializado e fundamental na popularização da cocaína pelo mundo foi o Vinho de Coca.

O Vinho de Coca foi mais consumido na Europa, principalmente pelos franceses. Em sua versão líquida, o princípio ativo da folha da coca se mantinha preservado em viagens a longa distâncias, e contornava o preconceito por parte dos europeus em consumir drogas ameríndias através da mastigação. O vinho de coca chegou a ser vendido no Brasil, mas não se popularizou da mesma maneira que na Europa, onde a droga passou a ser conhecida não mais como um *pharmaco*, mas sim como elemento tônico estimulante, semelhante a drogas como o café e o mate por exemplo (TORCATO, 2016, p. 55).

A cocaína passa a ser massivamente consumida no Brasil em um movimento muito semelhante ao da maconha. A cocaína como princípio ativo da folha da coca, foi integrada ao movimento de expansão no Brasil a partir de um contexto ilícito. As

mudanças de padrões de consumo de substância psicoativas feitas pela sociedade moderna no século XX também contribuiu para propagação de novas drogas que eram consumidas pelo ocidente. O contexto do proibicionismo fez com que a cocaína passasse a ser vendida cada vez mais pelo tráfico no território brasileiro, já que a droga se tornou bastante popularizada na Europa e Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX, também de forma ilegal. A droga se tornava lucrativa para o tráfico devido ao seu caráter de abstinência, uso compulsivo e ser vendida em pequenas dosagens, o que torna a droga um produto rotativo e de fácil logística para o comércio ilegal de substâncias psicoativas no Brasil.

A última droga que trataremos do movimento de expansão psicoativa restrita que ocorre no Brasil será o Ópio e seus derivados. O Ópio era um importante produto comercial pelo mundo, principalmente devido às suas propriedades terapêuticas que era utilizado como analgésico e para efeitos de constipação no tratamento de diarreias e cóleras. A maneira como a droga retrai o apetite, fez com que ela se tornasse popular pelas classes mais pobres pelo mundo em uma maneira de lidar com a fome e as jornadas intensas de trabalho. Por estes motivos, o ópio era muito popular pela Ásia, e foi um dos principais impulsionadores das relações comerciais com a Europa, principalmente com os Ingleses e Holandeses.

Durante os séculos XVII e XVIII, o produto foi utilizado diversas vezes na produção de medicamentos da medicina popular. No Brasil foram os jesuítas que trouxeram as primeiras amostras da droga para tratamentos. Até sua expulsão no século XVIII, os jesuítas utilizavam bastante da medicina popular da Europa e das regiões da Ásia no combate a enfermidades nos trópicos.

Durante o século XIX, a droga passou a ocupar um patamar mais científico no movimento de expansão psicoativa no Brasil, a partir da utilização dos seus princípios ativos anestésicos nas Faculdades de Medicina. A morfina por exemplo se tornou o principal alcalóide dessa substância utilizada pela medicina brasileira, já que esta foi isolada em 1805 pelo alemão Heinrich Emanuel Merck, que conseguiu a substância em forma líquida possível de ser injetada e dosada de forma mais controlada. A substância se tornou bastante comercializada e produzida em escala industrial, que fez com que a medicina não só brasileira, como no mundo inteiro, tivessem acesso a novos processos cirúrgicos e tratamentos. *“Essas inovações e os crescentes preparados médicos com*

esses produtos marcaram cada vez mais a distância entre a medicina popular e a medicina oficial cosmopolita” (TORCATO, 2016, p. 58) Atualmente o Ópio e seus derivados são substâncias controladas pela legislação, que faz com que seu acesso seja restrito apenas para utilizações médicas.

Concluimos então que o Brasil tem parte fundamental no processo de expansão de algumas substâncias pelo mundo, como o tabaco, álcool e o café, por exemplo. Tendo em vista que esta expansão atingiu uma escala quase que universal, muito destes produtos de grande expansão foram produzidos e comercializados de forma legal, em uma economia capitalista que estimulava e propagava pelo mundo o consumo destas drogas. Mesmo que este consumo aconteça de forma global, o Brasil possui suas especificidades no movimento de expansão, ainda mais que pelo fato do país ser produtor de drogas desde o período colonial, o uso de drogas é incorporado culturalmente de maneira distinta do resto do mundo.

É importante frisar que as drogas passaram por ciclos muito semelhantes em relação a sua forma de consumo, sendo comercializadas inicialmente como substância medicinal apropriadas pelo capitalismo ou a partir de seus efeitos psicoativos, na busca de atingir lucros, seja de forma lícita ou ilícita. Os padrões de consumo de drogas também se torna uma variável importante no processo de como a droga é entendida pela sociedade, muitas delas surgem como produtos de medicina popular, e se popularizaram durante o século XX como substâncias psicoativas, atingindo camadas sociais que antes eram restritas.

2.2 A POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO BRASIL

2.2.1 O PRINCÍPIO DA POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS

Como vimos no capítulo anterior, durante boa parte do período colonial, as drogas eram consumidas a partir de um pretexto medicinal, no qual muitas delas eram disponibilizadas por “pharmacos” particulares e de forma restritas à elite do país. O

conhecimento popular medicinal era a base do tratamento da maioria da população, que utilizava das substâncias psicoativas a partir de um conhecimento terapêutico popular mais restritos e regional, com drogas que integravam sua economia local. Com a ascensão da política liberal moderna pelo mundo e pelo Brasil, uma nova escala produtiva precisou ser implementada em relação aos *pharmacos*. Era necessário criar uma economia e legislação que pudesse fornecer, regulamentar e produzir drogas terapêuticas para atender o livre mercado. Uma economia que se diferencia da medicina popular, e que fosse capaz de implementar uma produção industrial de fármacos para atender a demandas que seria introduzida.

A partir da chegada da Família Real no país em 1808, foi instaurado a abertura dos portos e a instalação de laboratórios estrangeiros no território brasileiro, no intuito de implementar uma economia mais liberal no país em relação a drogas e fármacos. Dessa forma se iniciou uma nova orientação comercial onde substâncias foram incorporadas no cotidiano das populações do Brasil a partir da fabricação e distribuição de substância para um grupo maior de pessoas. Junto com a chegada dos novos fármacos no Brasil, também foi implementada a constituição de 1824, que trouxe uma nova política jurista institucional ao país. Nesta constituição, o comércio e os serviços públicos de cada cidade passaram a ser articuladas de forma descentralizada, fazendo com que cada câmara municipal decidisse a próprias regulamentações e configurações de produtos comercializados e das atividades a estes produtos relacionadas.

(...) cabia aos vereadores eleitos definir as formas como se organizaria o comércio, a exposição de produtos à venda, a balança, os pesos e os padrões para regular as aferições e à circulação de mercadorias e pessoas (TORCATO, 2016).

Diante desta nova configuração, os municípios começam a articular as primeiras leis em relação ao uso de fármacos e substâncias terapêuticas que eram comercializadas em cada cidade. Como vimos no capítulo anterior, a associação direta que o uso do cânhamo tinha sobre as populações negras escravizadas se tornou um forte pretexto para a criação das primeiras políticas públicas de drogas em relação ao consumo da cannabis. A primeira lei municipal criada neste sentido foi durante o século XIX, registrada a partir do *Título*

2º *Sobre a Venda de Gêneros e Remédios, E Sobre os Boticários* pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro:

§7 – É proibida a venda e o uso do Pito do Pango, bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, vendedor em 20\$000, e os escravos, e mais pessoas que dele usarem, em 3 dias de cadeia (Dória, 1958)

Dois aspectos chamam atenção neste parágrafo: o primeiro ponto era que a cannabis estaria associada a um contexto de uso terapêuticos, justamente por se aplicar a um Título que cobriria tais substâncias da época. O segundo ponto é o caráter explicitamente higienista adotado pela legislação, visto que o parágrafo evidencia o consumo feito por “escravos, e mais pessoas que dele usarem”, destacando um grupo social específico que utilizava da droga, e que seria obviamente o principal grupo de controle sobre a lei.

A descentralização da política e a regulação econômica a partir dos municípios explicam porque as determinações em relação ao comércio de gêneros farmacêuticos ficaram de fora do Código Penal – eles passaram a ser regulados a partir da esfera local (TORCATO, 2016, p. 257).

Com o poder de regulamentação de drogas sendo feito de forma descentralizada pelos municípios, a *classe médica*⁴ (TORCATO, 2016) se tornou bastante crítica a este ponto na constituição de 1824. Com a extinção da fisicatura-mor, órgão formado por médicos que seriam os antigos responsáveis pela regulamentação das *artes da cura* durante o período de 1808 e 1828, a classe médica e os oficiais da saúde pública ficaram órfãos de uma instituição que lhe davam acesso ao controle das medicações e que defendiam os interesses de sua categoria. Neste sentido, a classe médica passou a se mobilizar a partir da Academia Imperial de Medicina (AIM), para a criação uma demanda dentro da gestão de saúde pública municipal, no sentido da jurisdição da classe estar presente dentro da gestão como autoridade técnica na regulamentação da atividade médica e de drogas comercializadas.

⁴ O termo “classe” aqui não será utilizada através do tradicional uso da Ciências Sociais dentro do marxismo. Classe Médica cabe apenas para definição de um grupo político que disputava no interior do Estado brasileiro a gestão e constituição da Política Pública de Drogas.

A partir de 1840 se inicia um movimento amplo por parte do Império de centralização institucional, o que acarretaria também na centralização das políticas públicas de saúde. A partir de então, não caberia mais aos municípios a responsabilidade de regulamentar a atividade médica e a comercialização de substâncias. As críticas feitas pela AIM nas decisões de saúde pública do Império institucionalizadas pela antiga constituição 1824, foram fundamentais para que a classe médica tomasse poder através da criação da Junta Central de Higiene Pública (JCHP). A JCHP empodera a classe médica no Estado, tanto nas decisões de saúde pública nacional, como parte fundamental na modernização e implementação das relações capitalistas farmacêuticas dentro do país.

A criação da JCHP seria, nessa leitura, um passo fundamental na consolidação do fenômeno da medicalização da sociedade caracterizado basicamente por dois aspectos: a transferência para o âmbito médico dos conflitos sociais através da normalização; a expropriação da capacidade de cuidado das pessoas, principalmente dos setores populares, tornando-os dependentes do cuidado dispensado pela classe terapêutica oficial (TORCATO, 2016, p. 258).

A partir da criação da JCHP, a diferenciação entre a medicina popular e a medicina oficializada se torna mais evidente. Os civis que antes eram responsáveis por formular medicações e o uso da terapia nas camadas populares das cidades, passam a ser considerados pela classe médica enganadores e leigos, fazendo com que métodos seculares de determinados grupos fossem considerados enganosos. Neste sentido foi amplamente estimulado pela sociedade a compra de medicação e métodos importados das indústrias farmacêuticas.

Fora isto, existia uma ligação dos membros da JCHP a ocupar cargos administrativos nos governos, o que fazia com que o processo de higienização dos modelos terapêuticos do país tomasse mais forças. As ações tomadas pela classe médica administrativa da burocracia dos governos eram diretamente interligadas a pautas políticas dominantes, o que gerou queixas por parte de acadêmicos da área e da imprensa na época.

Um exemplo citado por Torcato (2016) que coloca em xeque o posicionamento ideológico da JCHP, foi a decisão política da instituição em priorizar apenas a febre amarela em detrimento da tuberculose, que tinha como principal grupo de vítimas a população negra. Essa decisão desconsiderava que a tuberculose era uma ameaça coletiva por ser contaminante e justificaram esta decisão afirmando que o contágio e a contaminação da doença era apenas fruto das condições de habitação desta população. Então fica evidente que as escolhas tomadas pelas decisões da JCHP eram feitas a partir de uma política submetida aos interesses dominantes e racistas do poder legislativo da época.

O modelo adotado pelo Império de centralização do município na gestão de drogas e da atividade médica articulado pela cúpula médica burocrática da JCHP perdurou até o golpe de Estado em 1889, com a implementação da República no Brasil. A conjuntura política institucional do país passaria por mudanças importantes na composição política institucional, que influencia diretamente o projeto de saúde pública e de gestão de substância por parte do Estado brasileiro no final do século XIX. O golpe militar foi implementado a partir de várias forças políticas e ideológicas, como por exemplo:

(...) os positivistas; os militares ligados à Deodoro que pretendiam manter a centralização; líderes regionais de Estados mais pobres que pretendiam ampliar sua autonomia, porém mantendo prerrogativas do poder central; liberais e republicanos históricos, que se aliavam às oligarquias dos Estados mais ricos na defesa de um federalismo radicalizado (TORCATO, 2016, p. 262).

Diante desta nova disputa de forças para a implementação de um novo projeto institucional no Brasil, foi definido pela adoção do modelo presidencialista federalista, próximo ao modelo dos estadunidenses que cria autonomia e empodera os estados brasileiros na implementação de políticas públicas para cada território. O novo Código Penal foi uma das primeiras prioridades da recém República formada, adotada em 1890, antes mesmo da nova constituição de 1891. Referente ao debate em relação às drogas, o Código Penal de 1890 publicaria um capítulo dedicado à política de saúde pública no qual era prevista a prisão de exercício ilegal de medicina ou ofício de curandeiro

(capítulo 156); prisão para aqueles que comercializam substâncias ou remédios sem passar por formalização imposta pelos órgãos sanitários (artigo 159) e prisão de 15 a 30 dias para aqueles que se apresentasse embriagados e bêbados em espaços públicos (artigo 397).

Ou seja, muitas características permaneceram como no modelo anterior, principalmente em relação a continuidade dos privilégios em relação aos métodos e representantes da classe terapêutica oficial. O que se diferencia seria a forma como seria efetivada tal articulação, se antes as esferas de poder de gestão pública de saúde caberia apenas ao âmbito municipal, a partir do novo Código Penal seria responsável pela esfera estadual, no qual o novo código abriria espaço para cada estado brasileiro aplicar a política da maneira que pretendesse no seu território.

Mostrou-se, na seção anterior, que a repressão à embriaguez pública e a regulação do comércio de gêneros farmacêuticos dependeu dos esforços dos poderes locais – as Câmaras Municipais e os Juizes de Paz. Somente nas capitais existiam escritórios da JCHP com incumbência de fiscalizar os regulamentos sanitários. Depois da mudança de regime, a união se retirou das províncias deixando a higiene pública a cargo dos Estados, que deveriam providenciar um novo pacto com os municípios (TORCATO, 2016, p. 265).

Foi a partir da efetivação do modelo republicano federalista no Brasil que podemos identificar as primeiras políticas proibicionistas sendo adotadas por parte dos Estados brasileiros. As primeiras experiências proibicionistas aconteceram na prática com a atuação da esfera institucional estadual, tendo em vista que a partir da adoção do modelo federalista no Brasil as políticas públicas passam a ser executadas de forma autônoma em cada Estado.

Durante o período colonial e imperial, podíamos identificar que existia um esforço por parte do Estado e das primeiras instituições municipais, na manutenção do monopólio farmacêutico e no repúdio a embriaguez em locais públicos, mas não existia uma restrição em relação ao acesso a estimulantes e ao álcool, por exemplo. A restrição que existia em relação aos fármacos era sua barreira econômica perante aos mais

pobres, já que boa parte das substâncias e fármacos eram vendidas pelo livre mercado de forma inacessível para boa parte da população.

Em 1904, cinco anos após a conferência de Xangai (onde os Estados Unidos começa suas primeiras intervenções de política pública de drogas internacional), o Brasil promulga sua primeira normativa proibicionista através da parte IV do Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904 que seria responsável pela *Fiscalização do Exercício da Medicina e da Farmácia* no Brasil. A partir desse decreto foi proibido a venda de fármacos e outras substâncias serem feitas por estabelecimentos sem o licenciamento por parte do Estado, ou sem a receita de um médico habilitado. Neste artigo, o controle seria feito por parte dos órgãos responsáveis pela polícia de vigilância sanitária, que fiscaliza a venda e consumo em locais inapropriados segundo a legislação:

(...) de uso ordinário e inofensivo, consignados nas tabelas aprovadas pelo Governo, e os preparados officinais licenciados pela Diretoria Geral de Saúde Pública, nenhum outro medicamento ou preparado poderá ser vendido pelo farmacêutico ou fornecido a quem quer que seja, sem receita de médico competentemente habilitado (BRASIL, Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904, Artigo 264, §1).

Apesar da medida poder causar uma pena de multa de 100\$000 para quem fornecesse ou comprasse substâncias sobre essas circunstâncias, na prática encontrou dificuldades de ser efetivada. As barreiras geográficas para aplicação desta lei podem ter sido um dos obstáculos que justificasse este fracasso, já que boa parte dos estados não dispuseram esforços para colocá-la em prática. Outro fator também era de que o código penal não era aplicado para proibição da venda de substâncias psicotrópicas, mas sim para aqueles que adquirisse a droga sem a regulamentação formal prescrita. Caberia todos os esforços para vigilância sanitária em diminuir a oferta ilegal das substâncias descritas pelo código, o que na prática era um grande desafio a ser pensado em âmbito nacional.

Nas primeiras décadas do século XX, o consumo de drogas principalmente por parte da burguesia paulista, já era noticiada e publicada tanto em jornais, quanto em literaturas locais dos centros urbanos. Torcato (2016) apresenta diversos exemplos de veículos como os jornais *A Gazeta* e *A noite*, que retratavam o aumento do consumo de

cocaína pelos centros urbanos por parte das populações jovens durante este período. Os veículos de comunicação contribuíram para a criação de um imaginário negativo em relação ao uso dessas substâncias, que acabaria intensificando o crescimento de políticas proibicionistas como no caso de São Paulo:

Parece que essa mobilização da opinião pública foi importante para que houvesse a inclusão do tema das drogas na reforma do Código Sanitário de São Paulo – que foi promulgada pela Lei nº 1.159, de Dezembro de 1917. Em 9 de abril de 1918, foi publicado o Decreto nº 2.918, que dava “execução ao Código Sanitário” do ano anterior. Esse decreto seguia, em linhas gerais, o mesmo espírito do código sanitário federal no controle dos preparados oficiais. Algumas diferenças dignas de nota são: a exigência de prescrição médica seria necessária para os preparados medicamentosos, com exceção dos de uso ordinário e inofensivo. Se os medicamentos vendidos se tratassem “de anestésicos, especialmente a cocaína, o ópio e seus derivados, poderá ser ordenado, além da multa, o fechamento da farmácia” (artigo 122) (TORCATO, 2016, p. 272).

O discurso das mídias em relação ao uso de entorpecentes tinha, inicialmente, o intuito de noticiar as fragilidades do código penal para se efetivar na fiscalização do fornecimento de fármacos e outras substâncias. As drogas eram disponibilizadas por outros estabelecimentos que não faziam parte do contexto terapêutico, principalmente bordéis, bares e charutarias. Entretanto, pela crescente popularidade dessas notícias, um teor moralizador tomou parte das redações dos veículos de comunicação, utilizando de nomenclaturas como *casa de vícios*, *venda livre de venenos*, e a constante associação do uso de entorpecentes com os casos de suicídios de jovens.

O bar que ficava dentro do Teatro Municipal era um dos locais mais evidenciados nas notícias. Fonseca (1994, p.76) descreve o Municipal como “o *quartel general do vício*”. Carneiro (1993, p.136-141) aponta ainda a campanha moralizadora realizada pelo jornal A Capital, em 1916, criticando fortemente a omissão do Serviço Sanitário com esse tema. Para esse jornal, era necessária a criação de uma Polícia dos Costumes para resolver o problema. (TORCATO, 2016, p. 272)

Fora o discurso moralizador por parte dos veículos de comunicação na criação de um ambiente punitivista do uso de drogas no centro paulista, existiam outros fatores que também contribuíram para o acirramento das políticas proibicionistas no centro urbano paulista. Dentre eles, a crescente produção literária medicinal impulsionadas pelos movimentos de temperança nos Estados Unidos, que repudiava o uso de substância psicoativas, principalmente o álcool. Este discurso que ganhava espaço para o princípio moralizador do uso de drogas no Brasil, era feito principalmente por médicos psiquiatras, que tinham fortes traços higienizadores e biologicista para justificar as diferenças sociais e raciais no Brasil.

Neste sentido, acompanhado dos movimentos de temperança nos Estados Unidos (aqui por um viés mais religioso), o movimento antialcoólico ganhou força nas primeiras décadas do século XX no Brasil pela classe médica oficial, que entendia o consumo de álcool e drogas da população como uma fator que justificasse o atraso social do país e que colocaria a ordem pública sob ameaça. Este argumento médico sobre o atraso social do Brasil a partir do uso de substância psicoativas contribuiu imensamente para que a política proibicionista ganhasse uma outra dimensão na década de 1920.

Como a classe médica possuía cargos administrativos e influência política na Primeira República, vários projetos foram encaminhados para as câmaras legislativas para aprovação da restrição do álcool, como foi feito nos Estados Unidos. Torcato (2016) apresenta que estes projetos tiveram dificuldades de serem aprovados, justamente por barreiras impostas por parte dos produtores de açúcar no Brasil e das oligarquias que constituíam o poder legislativo federal. Já que estes comercializavam destilados como uma de suas principais mercadorias. Além disto, os produtos destilados eram consumidos e produzidos principalmente no interior do país, onde os agentes fiscalizadores não conseguiriam alcançar para a efetivação do projeto.

De toda forma, o movimento antialcoólico se tornou um movimento amplo de sentidos na sociedade do início do século, seja por influência dos veículos de comunicação, ou pela produção literária dos médicos higienistas, o movimento buscava o modelo moral da sobriedade e contra os sistemas produtivos que lucrariam com este mercado. O movimento ganhou forças amplas, justamente porque a causa estaria associada aos confronto da população em relação às oligarquias açucareiras e

comerciais que estavam no poder e que mantinham o comércio de drogas para proteger os próprios negócios e a acumulações de capitais, sem um debate amplo e horizontal sobre o assunto. Tendo em vista que o álcool teria dificuldades de ser restrito no Brasil, o movimento antialcoólico voltaria seus esforços nas restrições de outras drogas de expansão mais restrita. A partir da década de 1920, a política proibicionista no Brasil passou a se configurar de maneira diferente, modificando a regulamentação feita por parte das instituições e agentes sanitários, para um modelo punitivo carcerário, na qual usuários e fornecedores de *entorpecentes* poderiam permanecer em cárcere no período de 1 a 4 anos.

Ao lado das medidas restritivas ao comércio de entorpecentes, motivadas pelos reclames da imprensa e pela sensação de degradação dos costumes, todos esses regulamentos até o momento destacados fazem parte de uma resposta, por parte do poder público, aos anseios e à mobilização política do movimento antialcoólico. Esse movimento fazia parte de um contexto político mais geral de crítica à organização oligárquica, aristocrática e bacharelesca dos principais quadros políticos da Primeira República. (TORCATO, 2016, p.280)

Sobre influências do tratado internacional de Haia, no qual o país se comprometeu a seguir as orientações a partir do ano de 1912 (SOUTHIER, 2012, p.20), o Brasil efetivou as deliberações do tratado através do decreto 4.294/21, que utiliza pela primeira vez em sua legislação o termo “entorpecentes”, mais diretamente em relação aos derivados do ópio e cocaína, na qual foi determinado que: “...aquele que vendesse, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias, sem autorização, e sem as formalidades prescritas, estaria sujeito à prisão de um a quatro anos” (BOITEUX, 2006, p.137). A partir de então uma política de repressão mais dura passa a se tornar realidade nos principais centros urbanos do país. Além de dar continuidade às mesmas restrições que eram feitas em relação a polícia sanitária (embriagamento em público e do comércio irregular de fármacos), o comércio e o uso de entorpecente também passaram a ser alvo de controle por parte da política pública, equiparando estas ações a crimes mais tradicionais do cotidiano da época, como crimes de ordem pública, vadiagem e prostituição.

Dessa maneira, podemos concluir que as primeiras experiências proibicionistas implementadas no Brasil possuem múltiplas bases políticas, sociais e culturais que culminaram na sua efetivação e incorporação no tecido social. Suas bases políticas se consolidaram de forma bem ampla, que podem ser representadas pelos setores que *“...criticava a herança da tradição, dos privilégios de um restrito grupo de aristocratas proprietários de terras e da erudição dos bacharéis alheios à realidade nacional.”* (TORCATO, 2016, p. 288). Outra contribuição fundamental emergiu da classe médica que produziu uma literatura biologicista do uso de drogas, o que auxiliou no conteúdo higienista das primeiras políticas proibicionistas e da ascensão de medidas mais duras a ela. O movimento médico, impulsionado pelos movimentos internacionais de temperança, contribuiu com a repressão do comércio e consumo feito nos cotidianos das cidades, principalmente em relação às classes mais pobres e as drogas a elas vinculadas, já que o movimento tinha como base um argumento racista, elitista e moralista, travestido de uma argumentação biologicista.

2.2.2 A POLÍTICA PROIBICIONISTA CENTRALISTA

A década de 1930 foi um período de grandes mudanças políticas no país e na estrutura do Estado. Conduzido pelo Governo de Getúlio Vargas, foi inaugurado um movimento de centralização federal das políticas públicas, que também incorporaria as políticas públicas de drogas no movimento de institucionalização e regulamentação do comércio de substâncias “Entre 1932 e 1946, o poder executivo federal terá tomado para si a tarefa de coordenação de uma política nacional, com órgãos capazes de sistematizar informações sobre a circulação das substâncias entorpecentes no país” (TORCATO, 2016, p. 290). O decreto 20.930, de 11 de janeiro de 1932 representa esta nova concepção, tanto da lista de substâncias que se compreende de drogas entorpecentes que passaria por uma atualização, como também na modificação dos modelos punitivos e de controle para tratar sobre o assunto, no qual ficaria definido a “atualização da lista das substâncias proibidas (artigo 1); competência para reconhecer profissionais e estabelecimentos aptos a receitar e vender (artigo 2); fixar qual é a dose terapêutica adequada e a quantidade máxima de estoque permitido (artigo 26)” (TORCATO, 2016, p.290)

A partir do decreto de 1932, a cannabis passa também a ser um dos principais alvos de maior controle em relação ao fornecimento e mercantilização deste produto. Para se ter um exemplo dessas mudanças, o comércio de cannabis que tinha políticas punitivas mais brandas, foi equiparado aos 10 anos de cárcere que eram sujeitas apenas ao comércio de cocaína e o ópio no decreto de 1921. Em relação ao usuário que poderia fazer uso abusivo de uma substância, o modelo de 1921 utilizava da internação que poderia ser de três meses até um ano, caso o sujeito estivesse causando de alguma forma desordem social, já no modelo 1932 o uso abusivo de drogas passa a ser considerado pela classe médica como doença, utilizando da internação compulsória em que o período de cárcere do usuário seria definido pelo médico especialista, existindo casos de internações perpétuas.

Outro exemplo dessa delimitação do antigo modelo de política pública de drogas para o novo, podem ser exemplificadas pelo decreto nº 780, de 28 de abril de 1936, em que foi criado a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) vinculado ao Ministério das Relações Exteriores MRE. Esta comissão teria como principal responsabilidade de fiscalização da entrada e saída de substâncias no país, que passariam a ser alvo de maior controle a nível nacional. Outro órgão importante para a marcação deste novo período, será a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (MES), nela os médicos vinculados ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, tinham bastante espaço para aplicar suas políticas de normatização das substâncias e ampliação dos métodos de fiscalização. A partir deste desenho institucional, já na década de 1940, o modelo da nova política pública de droga se torna sistematizado pelo Estado.

Durante a década de 1940 o movimento de centralização das políticas públicas de drogas foi consolidado com o Decreto nº 20.397, de 14 de janeiro de 1946, no qual foram estabelecidas regras para a indústria farmacêutica no país no intuito de regulamentar a comercialização de substâncias no país. A reforma legislativa e institucional implementadas nas décadas de 1930 e 1940 vão ser fundamentais para a mudança do perfil da indústria farmacêutica, tanto a nível nacional, quanto internacional. Foi durante este período, mais especificamente durante a Segunda Guerra Mundial, que as indústrias nacionais de produtos farmacêuticos ganharam grande expressividade no país. Essa ascensão pode ser explicada por uma política de

substituição das importações, principalmente da Europa que era cenário de uma guerra internacional que implicaria na falta de ofertas de alguns medicamentos. Esta fragilidade da indústria farmacêutica europeia (principalmente Alemanha) durante o conflito, foi fundamental para a abertura de uma demanda de fármacos internacional que precisava ser preenchida. Neste sentido, acompanhado de um movimento de burocratização do Governo Vargas em relação às atividades e indústrias farmacêuticas, uma articulação foi montada pelo próprio governo com este setor para a nacionalização da produção de medicamentos.

As substituições de importação ocorriam tanto no nível das especialidades, quanto no nível da matéria prima – com diversificação dos produtos e ampliação das redes de distribuição. Pela primeira vez, o país se tornava exportador de alguns fármacos, principalmente cafeína, teobromina, mental, emetina. (TORCATO, 2016, p. 293)

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, o modelo de substituição de importações passou a ser inviável, já que desde o princípio do século XX o crescimento da indústria nacional de fármacos nunca conseguiu substituir por completo a oferta de medicamentos do principal produtor do mundo deste setor, a Alemanha. Isso pode ser explicado pelos avanços científicos que a Primeira e Segunda Guerra Mundial iria fomentar na produção de medicamentos, que acabou deixando a própria indústria nacional desatualizada em relação a estrangeira. Embora as tentativas do Brasil em se posicionar como uma indústria nacional de medicamentos competitiva internacionalmente, era necessário uma qualificação e constante atualização da mão de obra científica no país, o que para os padrões da época foi insuficiente para substituir a lacuna deixada pelos europeus neste sentido.

Os medicamentos de síntese química (década de 1930) e os antibióticos (década de 1940) produzidos nos “centros de pesquisa estrangeiros implicaram numa radical transformação tecnológica” (STUCKER et al, 2007, p.100) exercendo uma “pressão competitiva” (STUCKER et al, 2007, p.100) que levou as firmas nacionais a enfrentar “uma súbita obsolescência da maioria dos seus produtos (TORCATO, 2016, p. 295).

Os Estados Unidos neste contexto aproveitaram melhor o momento de enfraquecimento das indústrias farmacêuticas europeias no período pós segunda guerra, pois já existia um maior investimento de mão de obra qualificada para o setor, que deixou a indústria um pouco mais equiparada com as europeias em relação às atualizações científicas do setor. Foi durante este período que existiu uma grande produção de medicamentos quimicamente produzidos em laboratórios pelos estadunidenses. Era um momento de otimismo sanitário, pois várias doenças como tuberculose, sífilis, passaram a ter tratamentos devido aos avanços dos laboratórios em manipular molecularmente substâncias orgânicas, e de sintetizar substâncias químicas.

Acompanhado a este otimismo, os produtos químicos passaram a ser vendidos e produzidos em grande escala, sendo distribuídos pela população dos centros urbanos no Brasil. Como demonstrado anteriormente neste capítulo, a classe médica oficial era uma grande impulsionadora da oficialização de medicamentos produzidos pelas indústrias internacionais, contribuindo com a concepção de que seus próprios métodos seriam superiores em relação a outros tratamentos. A partir de então os medicamentos produzidos pelas indústrias estadunidenses passaram a ser vistos socialmente como medicamentos mais refinados, eficientes e seguros que os medicamentos fitoterápicos, já que estes supostamente possuem menores chances de intoxicação e vício (TORCATO, 2016, p. 299).

A principal percepção que era propagandeada pela classe médica foi na distinção dos remédios sintéticos com o conceito de drogas entorpecentes, estas últimas provenientes das plantas. Substâncias como morfina, que é um opioide, carregavam uma estigma por parte da classe médica devido ao seu uso para fins psicotrópicos, já que se trata de um analgésico muito forte que ficou popularizado como uma substância de uso compulsivo, tóxico e vicioso. Este tipo de propaganda foi utilizado pela indústria farmacêutica estadunidense para a propagação do uso de medicamentos como forma de utilizar drogas para fins terapêuticos de maneira segura e lícita. O otimismo da classe terapêutica era justamente do novo “método seguro” de usar drogas, que iria substituir essas antigas substâncias para uma sociedade livre de efeitos entorpecentes. Desta maneira, o surgimento de outros analgésicos com efeitos colaterais amenos e melhores

dosados, representa a superação e a distinção dos antigos entorpecentes utilizados como medicamentos.

As vitórias sobre algumas doenças milenares e os maiores recursos técnicos escondem, portanto, a construção de uma concepção de saúde mercantilizada que se tornará hegemônica a partir de então. Isso terá consequências funestas sobre a saúde e a cultura farmacológica da população como um todo (...) Embalados pelo imaginário da superioridade técnica do químico e por ser vendido livremente como medicamentos seguros (não entorpecentes), o público passava a ter uma alternativa lícita aos antigos fármacos – que gradualmente caíam em desuso terapêutico, realimentando a ideologia (retórica) do progresso técnico (TORCATO, 2016, p.304 - 305).

Este otimismo em relação às substâncias químicas e sintetizadas passou a encontrar suas limitações a partir da década de 1950. Muitos usuários dessas substâncias, principalmente de sedativos e calmantes, utilizavam essas drogas para atingir estados alterados e não pelo seu fim terapêutico. A propaganda de que as substâncias sintéticas da indústria farmacêutica representava menores chances de toxicomania, passou a ser questionadas pela classe médica que, não ocasionalmente, viam seus pacientes utilizando remédio de maneira compulsiva e perigosa. As altas dosagens dessas substâncias acarretaria em perigos a saúde dos usuários, assim como a substância que procurou substituir. Dessa maneira, Torcato (2016) argumenta que:

A difusão dos remédios sintéticos, com suas propagandas ‘éticas’ pouco informativas e restritas aos especialistas, levou a multiplicação dos dependentes de origem iatrogênica. A tentativa de proteger os adultos de si mesmos através da troca de uma farmacopeia por outra, tendo como critério a preferência o sintético ao natural e o patenteado ao não patenteado, não resolveu o problema do consumo abusivo em uma sociedade de massas (TORCATO, 2016, p. 307).

A farmacologia legal brasileira começa a encontrar seus próprios limites na década de 1950 diante de suas propagandas de sociedade limpa de efeitos psicoativos, e

do suposto uso seguro de drogas. O que os governos não contavam, era que o uso de drogas fugindo dos controles pré-estabelecidos pelo Estado permaneceu o mesmo dos períodos anteriores, apenas com uma roupagem diferente que atendia um mercado capitalista promissor. A política pública de controle volta ao paradigma deixado pelas décadas anteriores, pois o otimismo das drogas químicas como modelo de substituição para atingir uma sociedade livre de efeitos entorpecentes, não se torna na prática uma política efetiva no controle de consumo de substâncias pela população.

Outro aspecto que contribui com essas preocupações dos Estados pelo uso de drogas no Brasil é o crescente mercado ilícito que passou a se tornar uma economia mais elaborada e com uma oferta e demanda cada vez maior. A cannabis no Brasil pode ter sido uma das substâncias protagonistas de um mercado ilícito ascendente durante a década de 1950, que criava uma situação desconfortável em relação a efetividade da atual legislação em controlar o uso de substâncias ilícita nos centros urbanos brasileiros. Existe um certo imaginário de que a cannabis se expandiu no Brasil através dos movimentos de contracultura dos anos 1960 importados do exterior, principalmente pelo movimento hippies e do complexo marijuana que se globalizou nesta década, o que não deixa de ter um fundo de verdade. Entretanto nos anos 1950 a cannabis já passava por um período de expansão no território brasileiro. Uma expansão que pode ser justificada a partir dos próprios contextos e limitações da política pública de drogas vigente até os anos 1960.

O principal discurso em defesa da atual legislação era feito pela classe médica da época, que apontavam o Brasil como um país que prosseguia atualizado com as políticas de controle de uso de drogas internacionais. Se o consumo de drogas ilícitas estava em uma crescente, a classe médica defendia o ponto de vista de que era apenas um sintoma da falta de informação em relação à droga, que o consumo poderia ser diminuído através das existentes políticas de fiscalização sanitária, apreensão e internação. Em resposta ao crescimento de uma demanda de uma política punitivista em relação ao usuário resultante do aumento do consumo de drogas ilícitas, a classe médica da época partia do argumento de que os usuários de cannabis precisavam ser entendidos como doentes, e que mereciam o tratamento de internação médica para serem curados desta “situação de usuário”.

A apreensão da cannabis passou a ser mais recorrente nos boletins de ocorrência policiais entre as décadas de 1940 e 1960 nas capitais dos Estados brasileiros, chegando até as capitais do sul do país (TORCATO, 2016, p. 308). Em Porto Alegre por exemplo, a notícia publicada pelo veículo *Correio do Povo* tinha como título *Quatro maconheiros presos pela polícia*, isso demonstra que a apreensão ilegal de maconha tinha se tornado uma realidade em outras regiões do país, que é representada pelo próprio texto da notícia: “A Delegacia de Costumes está movendo tenaz campanha contra os traficantes de maconha e seus viciados, detendo-os e instaurando contra eles o competente processo” (Correio do Povo, 08/01/1959, p.05 apud TORCATO, 2016, p. 309). Isso demonstra que a droga estava atingindo um novo patamar de expansão do consumo, visto que a cannabis era popularizada em sua grande maioria nos Estados nordestinos e nas capitais do Sudeste até a metade do século XX.

As instituições responsáveis pela segurança das capitais foram os grandes agitadores de uma ascensão da política punitivista contra o usuário frente a esta nova realidade que surgia nos centros urbanos brasileiros. Para eles, a contemporânea legislação não lhe davam recursos suficientes para o controle do uso de substâncias ilícitas, e também do uso descontrolado de drogas lícitas que vinham ocorrendo. O sentimento de impunidade diante destes casos crescia nas críticas feitas pela legislação vigente, principalmente quando se refere nos recursos a serem aplicados na distinção mais elaborada entre usuários e traficantes, e de um novo tratamento ao usuário que não seria tratado apenas como doentes. Ítalo Galli, o Juiz de Direito da 17ª Vara Criminal da Comarca de São Paulo do Supremo Tribunal Federal publicou em seu livro em 1961 uma crítica que representa bem este novo movimento. O texto tem como conteúdo, uma crítica em relação a decisão do julgamento de Habeas-corpus nº 36.007 de Nelson Hungria outro Juiz do Supremo Tribunal Federal, em que ele daria continuidade no tratamento da atual legislação em relação aos usuários de drogas como doentes, e não como criminosos.

Inegavelmente, um dos tropeços que vêm dificultando as atividades repressivas da Polícia, no setor em apreço, reside no entendimento, agora bafejado por recentes julgados do Supremo Tribunal Federal, segundo o qual não pode ser responsabilizado criminalmente o detentor do entorpecente, desde que o possua, não para comércio, mas para uso próprio, sob o pretexto

de que o viciado, real ou potencial, é um doente, que deve sofrer tratamento adequado e não castigo. Essa orientação, 'data venia', tem contra si a letra da lei, o seu elemento histórico e o próprio interesse social. Além disso, representa, em última análise, uma inovação 'sui generis', na disciplina de responsabilidade criminal seguida pelo Código (GALLI, Ítalo apud TELLES, Celso, 1961, p.111 apud TORCATO, 2016, p. 311).

Este documento se torna importante pois demonstra que a cannabis já estava em pauta no STF antes mesmo dos movimentos de contracultura da década de 1960, o que é uma particularidade do expansionismo do consumo ilícito no Brasil. O modelo proibicionista no Brasil entre a década de 1930 e 1960 criam seus próprios mecanismos para que a expansão da cannabis, que já era uma substância conhecida de forma regionalizada e típica de determinadas populações, se disseminasse pelo seu consumo entorpecente no território nacional sem o controle do Estado. Apesar dos esforços sanitários desta política em focar na fiscalização do fornecimento ilícito e no tratamento compulsório para os usuários, não foram suficientes para atingir o que a política pública de drogas proibicionista pretendia como uma de suas principais metas, uma sociedade livre de consumos de entorpecentes.

Podemos concluir que o período entre 1930 e 1960 foi marcado pela institucionalização e centralização da política pública de drogas no Brasil. Também foi um período crucial na mudança de perfil da indústria farmacêutica, que se configurou como uma indústria capitalista estrangeira altamente lucrativa e consolidada no Brasil como um importante mercado de consumo. Também se compreende que a política pública agitada pela classe médica sanitaria neste período, já estava desenvolvendo suas próprias crises, já que esta não conseguia atender suas próprias ambições na diminuição da oferta e na “cura de usuários”, o que gerou um sentimento de impunidade por parte do ascendente movimento punitivista e higienista em relação ao uso entorpecente de drogas. Esta configuração se torna essencial para a próxima transformação que a política pública de drogas irá passar a partir de 1964.

2.2.3 A POLÍTICA PROIBICIONISTA PUNITIVISTA

O ano de 1964 é o início de um período que iria modificar as estruturas institucionais e democráticas do Brasil para um novo regime político, o que consequentemente também implicaria na ordem das políticas públicas de modo geral. É importante ressaltar que apesar do Golpe de 1964 que modificaria as estruturas democráticas e de decisões da gestão de políticas públicas de drogas, existiram outros fatores que iriam contribuir para a mudança de perfil da Política Pública de Drogas a partir deste período.

A mudança de regime político foi acompanhada pela crise dos modelos de políticas de saúde dos governos anteriores, como por exemplo a resposta dada pelo governo Jânio em 1961 em relação aos insumos com preços abusivos estabelecidos pela indústria farmacêutica estrangeira, que fez com que o Presidente criasse uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar de que forma esses preços estariam sendo impostos para influenciar na desnacionalização da indústria farmacêutica no Brasil, já que no início dos anos 1960 o nível chegou na casa dos 95% (TORCATO, 2016, p. 313). Para controlar a expressiva evasão de dinheiro advinda dessa desnacionalização, o então presidente Jango passou a utilizar de ferramentas para controlar os preços altos estabelecidos pela indústria farmacêutica nas importações, com a criação do Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica, a Lei de Remessas de Lucros, e principalmente com a aprovação do Decreto nº 53.584, de 21 de fevereiro de 1964, que obrigava as indústrias revelar suas planilhas de custos e uniformizar os preços dos produtos farmacêuticos pelo país. Não foi à toa que uma das primeiras leis revogadas pela Ditadura Militar em 1964 foi em relação às limitações financeiras impostas pelo Decreto, o que demonstra que o próprio golpe sofria influências de um projeto de Política Pública de Saúde que protegia essas indústrias estrangeiras, sobretudo as estadunidenses.

Outro marco político em relação às políticas de drogas que deu início em 1964, foi a publicação da Lei nº 4.451, que representa o princípio do rompimento do antigo modelo proibicionista centralista e sanitário das décadas anteriores. A partir deste decreto um novo modelo punitivo em relação ao usuário foi estabelecido:

Art. 281. Plantar, importar ou fornecer, ainda que a título gratuito, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo, substância entorpecente, sem autorização ou em desacôrdo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa de dois a dez mil cruzeiros. (BRASIL. Decreto n. 4.451 de 4 de Novembro de 1964)

A política proibicionista volta sua atenção ao consumo de substâncias entorpecente, demonstrando o novo viés que a política proibicionista se direciona ao criminalizar o porte e consumo destas substâncias. Outro traço das mudanças que a política irá passar é sua reformulação centralizada a partir do campo legislativo penal, traço que vai ficar em evidência através da transferência da Política Pública de Drogas a gerência do Ministério da Justiça.

O Decreto-Lei nº 159, de 10 de Fevereiro de 1967, complementa a nova política de droga equiparando o uso de drogas lícitas com as ilícitas se utilizadas para fins não medicinais. Esta medida foi em resposta ao crescimento deste tipo de consumo nas últimas décadas. Foi neste período que surge as medicações de tarja preto ou vermelha, na tentativa do Estado ter maior controle sobre o fornecimento de medicamentos e evitar o uso indesejado pelo Estado dessas substâncias.

O Decreto nº 385 de 1968, que possui caráter mais rigoroso do que os anteriores em relação a penalização do usuário, é determinante para a compreensão sobre o usuário que temos até os dias de hoje. Não é à toa que este foi implementado logo após o AI-5, em um período de endurecimento militar para a política brasileira e que também romperia com o antigo modelo que colocava o usuário sobre um aspecto clínico. Neste decreto as penas se tornam ainda mais duras, equiparando o tratamento dado ao usuário com o traficante.

O Brasil permaneceu em suas reformas jurídicas em relação às drogas seguindo as convenções internacionais protagonizadas pelos Estados Unidos. Prova disso foi a incorporação em 1967 da lista de substâncias ilícitas estabelecida pela Convenção Única de Entorpecentes em 1961, que foi protagonizadas pelos acordos estadunidenses. Na década de 1970, com a ascensão do “War on Drugs” de Nixon, o caráter repressivo e proibicionista ganha dimensões mundiais, principalmente a partir de sua consolidação política adotada e incentivada por parte da ONU. A partir deste período os Estados

Unidos encabeça o combate do tráfico de drogas internacional, iniciando uma série de acordos diplomáticos com outros países para equiparar seu modelo de Política Pública proibicionista internacionalmente. Isso acabaria por gerar a Lei 6.368/76, conhecida como Lei de Tóxicos.

A Lei de Tóxicos teria como princípio a revogação do art 281 do código penal, e colocaria as leis de drogas sobre a perspectiva de uma só lei especial. A consolidação da Lei Federal nº 6.368/1976 trouxe o posicionamento do Brasil em um momento importante nas Políticas Públicas de Drogas no mundo. Com o modelo proibicionista ganhando forças com a política de guerra às drogas de Nixon, o Brasil aprofunda sua legislação de drogas determinando a divisão de penalidades em relação às condutas que envolveria as drogas, no qual o tráfico acarretaria na prisão de 3 a 15 anos, e o consumo 6 meses a 2 anos (SOUTHER, 2012, p.21).

Os principais traços que traria nessa política, são descritos por Luciana da seguinte forma:

I) o uso e o tráfico de substâncias entorpecentes devem ser combatidos mediante prevenção e repressão e representam um perigo abstrato para a saúde pública; II) o combate às drogas ilícitas representa um apelo eugênico-moralista na luta do bem contra o mal; III) implementação no Brasil do modelo internacional da guerra contra as drogas nos moldes norte americanos (BOITEUX, 2006, P. 147).

No geral, a principal mudança institucional acarretaria sobre as penalidades, e tendo como base a consolidação do modelo proibicionista punitivista, que agora já se configura de maneira generalizada pelo mundo. Usuários e traficantes passaram a ser punidos pelo sistema penal, se diferenciando apenas pelos anos de sua pena. Fora isso, também foi criado e consolidado o estigma do usuário como dependente químico, justificando internações coercitivas que ignoraria a própria vontade destes. Uma disseminação dos paradigmas e estigmas voltados às drogas foi outro traço que se expandiu neste período. Se criou uma “cultura do medo” (BOITEUX, 2006), ao qual a droga é vista como fator decisivo na incidência da maioria dos crimes, e que por isso não teríamos outra alternativa a não ser combatê-la pelos mecanismos repressivos do Estado em defesa de uma suposta segurança nacional

Dessa maneira, assim como nos Estados Unidos que a partir da década de 1960 criou mecanismos verticalizados para tratar sobre a política pública de drogas através da criação do *Department Enforcement Administration* (DEA), o Brasil em 1980 incorporou o mesmo modelo retirando a CNFE da gestão das política de drogas e passando para o Conselho Federal de Entorpecente (CFE). CFE é coordenado pelo Ministério da Justiça, por isso talvez seja o maior marco representativo da transformação do antigo modelo proibicionista da primeira metade do século XX, já que o antigo CNFE era composto por profissionais do MEC e regularizados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, e passaria a ser coordenado pelos mecanismos punitivistas do Ministério da Justiça no CFE, mudando completamente a relação que o Estado teria sobre a gestão de Política Pública de Drogas no território nacional.

Em 1985 com a ditadura militar no seu fim, e conjuntamente com a formulação de uma nova constituição, existia uma esperança por parte dos profissionais da saúde⁵ que trabalham e pesquisam sobre drogas, de uma mudança ou progressão dos mecanismos proibicionistas, que já estava sendo reconhecida pelos seus desgastes sociais. Entretanto institucionalmente o que foi feito, foi uma continuidade do endurecimento penal, equiparando o tráfico de drogas ao crime hediondo, o que impossibilitaria concessões de liberdades provisórias e alteração na pena. A equiparação abriria brechas para prisões desnecessárias, além do fato que a continuidade desta política contradiz com os princípios do Estado preventivo social que era estabelecido pela nova constituição.

A Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990 conhecida como Lei de Crimes Hediondos, incorporou o tráfico de drogas em sua lista de crimes inflexíveis de penalidade, restringindo o direito de presunção de inocência. Essa lei seria uma das responsáveis pelo encarceramento em massa da população usuária e de pequenos traficantes, o que acabaria acarretando no fortalecimento do crime organizado como resposta a medida endurecida, e consequentemente com o aumento dos índices de

⁵ Aqui “profissionais da saúde” não podem ser compreendidos dentro dos aparelhos do Estado e da disputa da Política Pública de Drogas pelo grupo político “classe médica” do Proibicionismo Centralista. Os profissionais da Saúde neste momento disputam a Política Pública de Drogas na perspectiva acadêmica e científica, já que na segunda metade do século existiu uma mudança de paradigma em relação às pesquisas em drogas, e dos efeitos problemáticos do proibicionismo.

violência entre traficantes e policiais. (TORCATO, 2016). O aprofundamento das penalidades e do controle de drogas demonstra a maneira como o país se sintonizou com as políticas estabelecidas por convenções internacionais, transferindo o aparato militar que antes tinha como principal inimigo os comunistas no regime militar, para agora colocar seus esforços coercitivos voltados a guerra às drogas, o que caracteriza o controle e a ação policial militar até os dias de hoje

Internacionalmente o cenário não era muito distinto, já que o congresso de Viena realizado em 1991 teve em seu discurso uma continuidade nas tendências proibicionistas. Mesmo assim, o Brasil conseguiu avançar em alguns aspectos com a constituição de 1988, principalmente quando se trata do direito jurídico, como por exemplo a criação do Juizado Especial, regulamentado pela lei 9099/95, que possibilitou mecanismos despenalizadores em delitos de menor gravidade. No entanto esses mecanismos não atingiram boa parte da população, sobretudo a maioria jovem, pobre e negra (BOITEUX, 2006).

A lei 6.368/76 foi muito criticada em conteúdo e prática nos anos noventa, que é representado através do projeto de lei criado pelo senado nº 105/96, e que possibilitou posteriormente o surgimento da Lei 10.409/02, que viria como uma alternativa ao antigo decreto 6.368/76. Entretanto a própria alternativa foi vetada em alguns capítulos pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, colocando em roga apenas a reforma por parte processual da nova lei, dando continuidade aos crimes e penas.

A Lei n 10.409, de 11 de Janeiro de 2002 teve sua importância, embora se trate de uma política proibicionista mais “moderada”. Esta serviria de base para a formulação da Lei n. 11.343, de 23 de Agosto de 2006, que pretende realizar uma nova configuração política para o tema. Irei destrinchar mais profundamente sobre a última lei citada pois possui elementos importantes para a problemática abordada neste texto, principalmente em relação às mudanças estabelecidas a respeito do usuário de drogas e legislação brasileira. A grande maioria dos aspectos da lei 11343/06 foram mantidos em relação às últimas, o que comprova que o seu intuito não é de romper com o modelo proibicionista. Uma diferença que pode ser destacada deste instituto legal com os outros, é que a pena mínima em relação ao tráfico ficou ainda mais dura (passou para cinco anos, dois anos a mais do que a anterior). A mudança foi feita para que a pena de prisão não fosse passada para pena restritiva de direito, que é considerada uma pena

alternativa para prisões de quatro anos ou menos e utiliza do trabalho comunitário como alternativa de penalidade.

Características que já eram comuns nas leis antecessoras se mantiveram nesta legislação, marcando a sua consonância com a lógica proibicionista. Este é o caso, por exemplo, da lei penal em branco, que é aquela cujo preceito primário (descrição de conduta) é indeterminado quanto ao seu conteúdo, necessitando de determinação (regulamentação) por outra espécie normativa. Outras características marcantes das legislações de droga são a pluralidade de verbos nucleares do tipo penal, esta, desde a década de 1930, e o uso de tipo penais isentos de precisão semântica, traço este que se mantém nesta legislação também (BOITEUX, 2006, p.28).

É preciso reconhecer alguns avanços da lei, principalmente em relação ao aspecto legal. A partir dela, ocorre um processo de despenalização do usuário com porte para uso pessoal. Tal conduta ainda permanece como crime, mas agora sujeita a medidas de cunho educacional. Embora ainda esteja longe de fugir das premissas das leis proibicionista, pode se considerar o melhor tratamento que a legislação brasileira deu ao usuário, pelo menos em papel, comparando com as últimas legislações. O artigo 28 da lei 11.343/06 é voltado para o porte de drogas para uso pessoal, tal como suas cominações legais.

Entretanto, pensando nos aspectos de construção do direito, o artigo 28 da lei de 11.343/2006 utiliza do poder para interferir em determinada esfera que diz a respeito à vida e escolhas pessoais do indivíduo. Existe um denso debate sobre o tema, e se tratando especificamente deste artigo, estamos tratando de uma profunda interferência no aspecto das escolhas pessoais que o indivíduo possa fazer em sua vida. A situação se torna mais grave quando o Estado criminaliza o ser humano por atos que dizem a respeito de suas liberdades individuais. Além do mais, o artigo 28 criminaliza indivíduos através de princípios morais sobre uma conduta por parte do Estado, o que torna suas contradições mais injustificáveis.

Levando em consideração que tal conduta não fere outros indivíduos e seus direitos, mas parte de uma escolha pessoal, de sua intimidade, o artigo acaba se contradizendo com a própria constituição e os valores democráticos, no que se trata do

direito individual dos sujeitos. Dessa forma o Estado acaba reproduzindo sobre a Política Pública preceitos de bases moralistas, construídas historicamente pelo proibicionismo. Maria Lúcia Karam descreve sobre a inconstitucionalidade deste artigo em matéria de direito:

A simples posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvam um perigo concreto, direto e imediato para terceiros, são condutas que não afetam nenhum bem jurídico alheio, dizendo respeito unicamente ao indivíduo, à sua intimidade e as suas opções pessoais. Em uma democracia, o Estado não está autorizado a intervir sobre condutas de tal natureza, não podendo impor qualquer espécie de pena, nem sanções administrativas, nem tratamento médico obrigatório, nem qualquer outra restrição à liberdade do indivíduo. Em uma democracia, enquanto não afete concreta, direta e imediatamente direitos de terceiros, o indivíduo pode ser e fazer o que bem quiser (KARAM, 2012, p. 116)

Baseado em grande parte por modelos punitivos, podemos observar a política de drogas do Brasil moldada por princípios moralistas e contrários à razão e ao direito, pois em relação a este último, a própria constituição condena a utilização de drogas. Dessa maneira, observamos um Estado que intervém em uma atmosfera que não lhe cabe o direito, agindo de maneira paternalista e contrariando as próprias liberdades garantidas constitucionalmente para o estabelecimento de uma democracia. Além do mais, dentro deste artigo referido na lei, nenhuma hora o usuário é tratado nos parâmetros científicos da saúde.

As afirmações descritas no artigo da lei nem sempre são embasadas em estudos científicos aprofundados sobre de que maneira os malefícios da droga se estabelecem na vida do indivíduo, e também não se preocupam em se atualizar das últimas discussões acadêmicas sobre de que maneira os aspectos externos aos indivíduos são decisivos para esta condição.

A lei entende que o indivíduo ao fazer uso de substâncias psicoativos estaria ferindo a saúde pública e não a própria saúde; a referida norma prevê não ser necessário que realmente ocorra um dano efetivo à saúde pública, mas a mera hipótese de vir ocorrer algo, já justifica a interferência estatal sobre o usuário.

Desse modo, o Estado, sob a justificativa de proteger a saúde pública, causa inúmeros danos à saúde, à liberdade e a autonomia das pessoas privadas (KARAM, 2012, p.32)

Apesar do discurso da lei e do artigo aparentar a busca de um bem social comum, na prática se trata de mecanismos que controlam as liberdades constitucionais através de métodos punitivos. Em um Estado democrático de direito, isso não faz sentido, pois o consumo de droga se trata de um ato auto lesivo, não cabendo o Estado tratar através de concepções morais. A inconstitucionalidade se torna ainda mais evidente quando comparamos a legislação entre drogas ilícitas e lícitas, já que ambos além de serem psicoativas, causam dependência e grau de autolesão. Aqui se utiliza outro critério, não de uma legislação comprometida com uma política de drogas voltada aos indivíduos e suas problemáticas sociais, mas sim em preceitos que fazem parte do senso comum construído historicamente pela própria política de droga, baseados em concepções religiosas, filosóficas e morais específicas.

Neste sentido, Salo de Carvalho (2016) enfatiza:

Os direitos à intimidade e a vida privada instrumentalizam em nossa constituição o postulado de secularização que garante a radical separação entre o direito e moral. Neste aspecto, nenhuma norma penal criminalizadora será legítima se intervir nas opções pessoais ou se impuser padrões de comportamento que reforçam concepções morais. A secularização do direito e do processo penal, fruto da recepção constitucional dos valores do pluralismo, da tolerância e do respeito à diversidade, blinda o indivíduo de intervenções indevidas na esfera da interioridade (CARVALHO, Salo de op. Cit., p. 270).

Em relação ao consumo de drogas, é necessário que o Estado modifique seus esforços, orçamentos e legislação no que assegure a princípio a saúde dos indivíduos. Uma política pública voltada a reinserção social e a prevenção, e não em sua liberdade e punição. Outra necessidade seria o Estado fazer uso responsável na divulgação sobre informações do uso de drogas aos cidadãos. A propaganda da cultura do medo não garante que as escolhas deixem de ser tomadas, mas sim contribui na criação de estigmas e preconceitos que agrava os malefícios que a droga pode cometer na

sociabilidade do usuário ou dependente. Outro ponto que precisa ser destacado pela reformas punitivista na legislação brasileira a respeito de drogas, são as contradições entre o art. 28 e art. 33 da Lei 11.343/2006. Existe uma grande diferença quando se trata da pena e dos processos relativos ao porte, consumo e tráfico de drogas no Brasil. Entretanto não existe uma tipificação precisa que garanta uma diferenciação detalhada entre uma e outra.

No Artigo 33 é possível verificar termos como “adquirir”, “ter em depósito”, “transportar”, “trazer consigo”, “guardar”, “fornecer mesmo que de graça” que permite uma enorme gama de situações que podem configurar o sujeito usuário como criminosos envolvidos em tráfico. Se fizermos uma comparação dos verbos atribuídos a conduta presentes tanto no artigo 28 como no 33, a diferenciação se dá apenas no sentido da finalidade da droga (Consumo é voltado ao artigo 28 e ao tráfico 33). Existe um grande perigo nisso, principalmente quando condutas como o porte e a transferência da droga, mesmo que em pequeno porte, possam ser consideradas como tráfico, permitindo que o sujeito seja preso em flagrante. Para a definição jurídica de qual situação se configura como tráfico ou consumo pessoal, está sobrecarregado nas mãos de um juiz definir cada situação. Diante da justiça penal, cabe ao Juiz utilizar da definição do artigo como base para o julgamento da situação:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006, Lei 11.434 art 28).

Como cada juiz irá definir qual situação cabe ou não como tráfico, a legislação e o julgamento de indivíduos ficam à mercê de uma subjetividade e da percepção pessoal sobre a situação, abrindo margem para determinação por concepções ideológicas, preconceitos e estigmatização.

A falta de uma distinção de comportamento e de definição do que seria configurado como tráfico ou usuário, é um dos principais motivos para que o Brasil a cada ano aumente o número de jovens dentro do sistema carcerário através da legislação de drogas. Mesmo que um dos principais pontos propostos pela nova Lei de Drogas de

2006 seria no sentido de distinguir os usuários e traficantes, para assim diferenciá-los e aplicar penas distintas, na prática não é o que ocorre. O critério que os diferencia é totalmente subjetivo, pois cada juiz a partir do seu entendimento da situação toma a decisão do que é ou não tráfico de drogas, o que pode resultar em inconstâncias no sistema penal.

Desde 2006 quando o Brasil implementou a nova Lei de Drogas, o número de presos aumentou consideravelmente, chegando em 2014 no 3º país do rank que mais encarcera no mundo, atrás apenas dos EUA e da Rússia (INFOPEN, 2012). Os dados disponíveis pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, o Infopen, divulgou em 2012 que o número de presos por tráfico de drogas cresceu de maneira distinta das outras apreensões. Segundo dados do instituto, o número de presos por roubo (o 2º maior motivo de encarceramento masculino) entre 2006 e 2012 aumentou 44,31%, acompanhando o crescimento da população carcerária que é de 43,97%. O número de presos por tráfico de drogas aumentou 339% nesse mesmo período, passando de segundo maior motivo de apreensão para o primeiro em menos de uma década de maneira desproporcional com os outros delitos. Embora o número de prisões de traficantes terem aumentado consideravelmente dentro dos presídios, dados produzidos pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), afirma que entre 2006 e 2012 no Brasil e no mundo, o número de usuários e consumo de drogas permaneceram estáveis, demonstrando que a política de encarceramento como prevenção não solucionou o acesso e comércio de drogas.

O perfil dos detentos demonstra outra realidade que merece atenção por sua inconstância. Em relação ao perfil racial dos presidiários, se retiramos dados do IBGE 2016, 53% da população brasileira é negra e parda. O IFOPEN demonstra que dentro dos presídios esta população chega a 61%. Outro dado que demonstra este desequilíbrio é que a população jovem entre 18 a 29 anos que representa 18,9% dos brasileiros (IBGE 2016), dentro dos presídios representam 55% (IFOPEN 2012).

A ONG Sou da PAZ, que faz pesquisas relacionadas à Justiça Criminal no Rio de Janeiro e de São Paulo em 2018, afirmam que grande parte desses presos por tráfico de drogas não possuíam dinheiro na hora da apreensão e que afirmavam serem usuários. Também nessa pesquisa do instituto, é comprovado que a maioria das prisões em flagrantes são feitas a partir do patrulhamento rotineiro e abordagem policial, e não de

um trabalho investigativo do tráfico de drogas. Ou seja, se trata de um método que abre a possibilidade de uma abordagem seletiva, que pode carregar preconceitos do tipo racial e classe. É preciso levar em conta que os dados de apreensões no Brasil demonstram um evidente desequilíbrio em relação a população carcerária. Se levarmos em conta que 28% dos presos foram detidos por tráfico de drogas, é possível suspeitar que a subjetividade da justiça e o contexto da apreensão policial possa ter sido um dos motivos da inconsistência do aumento e do perfil de presos por tráfico de drogas

Uma maneira que o STF propôs para resolver a ambiguidade do artigo 28 e resolver o desequilíbrio de apreensão, seria estipular de forma judicial uma quantidade exata que determinaria o que define como tráfico ou uso pessoal, embora exista muitos setores que criticam esta medida. As forças policiais afirmam que o tráfico de droga se adaptaria a essas medidas, e que livraria os microtraficantes da justiça. Outros setores, por afirmarem que existem poucos estudos no Brasil relativos ao perfil e quantidades que o usuário consome drogas no país, a proposta poderia gerar um efeito contrário do pretendido, fazendo com que muitos usuários fossem pré-determinados como traficantes, já que a medida iria presumir isto. Dessa maneira a legislação implementada em 2006 abre a interpretação de possíveis brechas para apreensão de usuários, em sua maioria pobres, jovens e negros

Os dados apresentados acima demonstram o perfil da Política Punitivista construídas nas últimas décadas, que é estipulada através de concepções morais do proibicionismo e que tem como principal mecanismo de prevenção o uso do encarceramento da população. A política que passa a ser gerida pelo Ministério da Justiça, utiliza de métodos repressivos e de legislações, que permanecem moldando a Política Pública de Drogas sem trazer resultados consistentes ou se quer diminuir o consumo de drogas entre a população. Os mesmos paradigmas encontrados nas antigas políticas proibicionistas da primeira metade do século também são encontrados diante dessa política de drogas, que agora carrega um outro discurso moral para sua permanência.

Se o número de usuários permanece em uma crescente, conjuntamente como conflito entre policiais e traficantes, e o número de pessoas encarceradas, o sentimento de impunidade agora será justificado para o fortalecimento das políticas repressivas e no aumento da força policial para solucionar a questionável meta da política proibicionista.

De antemão a isso, existe uma disputa feita pela academia, profissionais da saúde e especialistas em direitos humanos que vem disputando a política pública em um sentido inverso, na qual seria necessário diminuir as penas principalmente em relação aos usuários, e investir em métodos de ressocialização e prevenção do uso de drogas. Este último é importante ressaltar, que carrega em seu discurso com base em estudos científicos e sem a pretensão de fazer o usuário romper com o consumo da droga, ou de uma sociedade livre do consumo desta. As diretrizes implementadas pela Política Pública de Drogas no século XXI demonstra esta disputa em direção a superação das contradições do Proibicionismo Punitivista, e aparece também em documentos importantes que norteiam a Política Pública de Drogas no Brasil neste período.

2.2.4 O SISNAD E A POLÍTICA NACIONAL DE DROGAS NO BRASIL

Podemos compreender que o início do século XXI foi estabelecido um novo momento para as transformações das políticas públicas de droga no Brasil. Embora o modelo proibicionista ainda permanece vigente e consolidado nas instituições, no aspecto legislativo a abordagem que vem sido adotada cria relevantes esforços para uma perspectiva de política pública que modifica seu tratamento aos usuários a partir de uma perspectiva de saúde e mais embasada cientificamente. Um exemplo importante desse novo cenário foi em 2002, quando foi proposto pelo Senado Federal a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), na qual teve iniciativa por parte da Comissão Mista de Segurança Pública, que acabaria aprovando cerca de 21 projetos e três emendas constitucionais no intuito de diagnosticar as possíveis causas da violência e uso de drogas no país, propondo possíveis soluções para esta política. O documento se distingue dos antigos modelos por focar em apresentar políticas distintas para usuários e traficantes, adaptando aos contextos regionais e municipais de cada Política de Droga.

O SISNAD, embora instituído em 2006, teve sua primeira articulação a partir do art. 3 da Lei de Drogas de 1976, com outro nome, Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão. Posteriormente foi reconfigurado já com seu atual nome no

decreto 3.696/00, e novamente atualizado e implementado como diretriz no ano de 2006. Na última atualização em 2006, sua finalidade consistiria na integração e coordenação das atividades a respeito das atuais deliberações da política de usuários de drogas no território nacional, como também estaria responsável pela articulação de políticas contra o tráfico e repressão da produção não autorizada.

O documento que teve sua segunda edição publicada em 23 de agosto de 2006, na gestão do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, serve de referência para entender um pouco melhor a política de droga no país, e também para compreender a disputa que é feita entre os modelos punitivos e de atenção social em relação à esta política pública. O documento serve como referencial de políticas públicas e penais relacionadas a drogas no país inteiro, já que política pública de drogas do Brasil é bastante ampla e complexa em suas deliberações, tendo em vista que esta atinge diversos órgãos públicos, ministérios, profissionais e membros da sociedade civil, que formulam, executam e avaliam políticas públicas de drogas em todo país. Estas políticas são executadas e avaliadas de forma descentralizada, sendo que cada município, estado e região adotam estratégias de políticas e avaliações específicas.

O SISNAD, segundo o artigo 2º do decreto de nº 5912/06 é composto:

Art 2º Integram o SISNAD: I – o Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao ministério da Justiça;

II – a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, na qualidade de secretaria executiva do colegiado;

III – o conjunto de órgão e entidades públicas, que exerçam atividades de que tratam os incisos I e II do art 1º:

a) do Poder Executivo Federal;

b) dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, mediante ajustes específicos; e

IV – as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e da assistência social e atendem usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos (BRASIL, 2006, Decreto nº 5912).

O documento considera como drogas as substâncias e os produtos que podem causar dependência especificados por lei, atualizado pelo poder executivo e estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA. A Portaria n.º 344, de 12 de maio de 1998 foi formulada pelo Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, na qual atualizou os princípios estabelecidos pelo Sistema. Os Princípios transcritos no SISNAD perpassam na contribuição da inclusão social, entendendo esta como um dos principais métodos para evitar que o indivíduo permaneça em situação vulnerável e adote comportamento de risco tanto no uso, como no tráfico. A promoção e socialização dos conhecimentos sobre drogas ficar a cargo do Ministério da Educação e de suas propagandas públicas a respeito do assunto.

No SISNAD, a coleta, análise e disseminação de informações fica ao encargo das instituições voltadas a área da saúde e assistência social, que atendem dependentes de drogas em cada município. Estas devem ter o órgão registrado na região, e encaminhar todos os casos atendidos como também os óbitos e identidade dos usuários também. Os dados nacionais de repressão ao tráfico ficam sobre o encargo do Sistema de Informação do Poder Executivo. O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, gerido pelo Ministérios da Justiça, reuni e centraliza informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, o que incluiu dados de estudos, pesquisas, e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando por todo país a partir de bases científicas. Todos os dados e informações são unificados através de mecanismos de intercâmbio de informações entre os estados, municípios e o Distrito Federal.

Pensando nas Estratégias e Atividades executadas pelo SISNAD, é necessário identificar de que maneira os mecanismos de Prevenção; Tratamento, recuperação e reinserção social de usuários; Redução de danos; e Diminuição da oferta se dão. A política de prevenção também tem caráter descentralizado, ou seja, a execução desta política no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico responsabilizado pelos Estados. Os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas em cada região, executados pelas secretarias responsáveis sobre o assunto.

Especificamente em relação ao usuário, o documento enxerga a necessidade de dar atenção ao usuário e seus familiares, em busca de melhora de suas condições de vida, e na redução de danos advindos da droga. Também existe enfoque no documento na adoção de estratégias voltadas para reinserção social aos usuários; uma definição de um projeto terapêutico individual; a orientação para inclusão social e redução de danos dos indivíduos. O Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são os principais órgãos destinados aos usuários e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.

Os sistemas vinculados ao Ministério da Saúde são responsáveis pelo desenvolvimento, adaptação e implementação de diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares; a proposição e criação de taxas específicas para serem arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) sobre as atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, no intuito de financiar tratamentos, recuperações, redução de danos e reinserção social e ocupacional de dependentes químicos e familiares; Dentre outras medidas socioeducativas complementares que são realizadas dentro de escolas e na sociedade civil.

Como incentivo para que essas práticas ocorram, as redes de saúde da União e dos Estados e municípios terão que desenvolver um programa de atenção ao usuário, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde. Outras instituições da sociedade civil sem fins lucrativos que atuam dentro dessa área receberão recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). A União, estados e municípios poderão conceder benefícios para instituições privadas para que desenvolvam programas de reinserção no mercado de trabalho, e também de isenções fiscais para instituições privadas que colaboram com o combate ao tráfico e o uso indevido de drogas ilícitas.

O SISNAD determina que a Política Pública de Drogas seja deliberada e gerida por três grandes segmentos dentro do Estado. Ela fica dividida entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Justiça. Estes não possuem poderes iguais perante a política, e também atendem de formas distintas no que se trata de métodos, áreas de atuação e poderes de deliberação.

O Ministério da Saúde é encarregado sobretudo na saúde e bem-estar dos usuários de drogas. Este ministério também fica responsável por atualizar

periodicamente as listas de substâncias que causam maior dependência em usuários, dar instruções sobre limitações e fiscalizações da produção e comércio de drogas (lícitas); disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como aos seus familiares junto à rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Outros exemplos de políticas que seriam aplicadas pelo Ministério da Saúde na atual política pública de droga seria: disciplinar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde; Disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de drogas e seus familiares; Gerir, em articulação com a Senad, o banco de dados das instituições de atenção à saúde e de assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas.

Para o Ministério da Educação, ficaria encarregado em propor e implementar em articulação com o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e o SENAD, políticas para formação continuada dos profissionais da educação de todos os níveis, que abordem o uso da droga entre jovens e crianças.

Para o Ministério da Justiça caberia articular e coordenar as atividades de repressão da produção e o tráfico de drogas. Este também é encarregado em estabelecer uma Política Nacional de Drogas (PNAD), que aborde as esferas de sua competência. Também é instituído a partir do Ministério da Justiça a gerência do sistema nacional e estatístico de repressão ao tráfico de drogas; articular e coordenar os mecanismos de prevenção do uso indevido e gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.

O CONAD se trata do órgão colegiado, vinculado ao Ministério da Justiça e delibera para que suas orientações sejam seguidas a partir de órgão e entidades, como SINAD e SENAD. Tais órgãos têm uma fundamental importância para a elaboração e execução das políticas públicas no Brasil. É através do CONAD, que o Ministério da Justiça orienta e planeja a Política Nacional de Drogas. Esse ministério, apesar de não ser o único que compõe o órgão, tem soberania de decisão.

A Política Nacional Antidrogas foi formulada, apresentada e executada a partir do Decreto nº 4.345/02, que tem como principal articulador o Ministério da Justiça. O Decreto tem como base o modelo proibicionista e adota um discurso muito próximo ao estadunidense, que percebe a droga como uma ameaça à humanidade, e como objetivo

ideal a total abstinência das drogas na sociedade. O principal obstáculo da política seria o tráfico de drogas, onde seus esforços de repressão seria investido conjuntamente com as secretarias estaduais, polícia federal e estaduais.

Outro aspecto da Política Nacional Antidrogas é de desenvolver esforços na Justiça Terapêutica como método de oferecer ao usuário alternativa ao processo criminal. Isso faria com que o usuário participe de tratamento monitorado judicialmente, o que ainda mantém o usuário na perspectiva paternalista do Estado. Este aspecto é espelhado em uma política estadunidense nomeada “Drug Courts”, que tem como único objetivo a desintoxicação do usuário em troca de se evitar o processo criminal. O sistema judicial impõe sobre o usuário a “cura” da desintoxicação como única alternativa em relação ao sistema penal. Do que se trata de mudanças em relação à política pública de drogas, embora muito distante do ideal em que colocaria o usuário sobre a decisão de pena ou desintoxicação coercitiva, já podemos identificar uma nova postura adotada ao usuário, que se trata de uma transição ou de um princípio de uma política pública proibicionista mais moderada.

Na Política Nacional sobre drogas foi reformulada em 2005, colocando uma nova disputa nos mecanismos e métodos de prevenção e saúde do usuário. A primeira mudança que podemos perceber, apesar de ser no sentido literário, é a mudança do nome da política pública, que passaria de “Política Nacional Antidrogas” para “Política Nacional de Drogas”. Embora não represente um rompimento das contradições do modelo proibicionista, pode representar esta lenta transição da forma de se pensar drogas e políticas públicas desse setor. Mesmo com a mudança do nome, a Política Nacional de Drogas de 2005 ainda se encontra distante de um rompimento ao modelo proibicionista, esta ainda é aparelhada por métodos repressivos e punitivos.

A visão idealizada de uma sociedade livre de drogas ilícitas, com campanhas que responsabiliza o usuário pela manutenção do tráfico e os discursos e deliberações de cunho moralista, são exemplos de que tal política ainda segue o mesmo modelo. Embora a maioria dos aspectos ainda permanecem os mesmos das políticas passadas, uma modificação merece maior atenção do que se trata do rompimento com o tratamento compulsório por parte da justiça terapêutica, e que será de fato extinta a partir do decreto 11.343/06, que passa a não mais prender ou forçar tratamentos em usuários pela política de drogas.

A descentralização das prevenções e da execução da Política Nacional de Drogas em geral é outro fator que agrega na mudança de 2005. Essa alteração permitiu que municípios estabelecessem conselhos municipais antidrogas, e assim abrindo espaço para a implementação de políticas públicas específicas para cada região, seguindo os critérios estabelecidos pelas instituições superiores e responsáveis, e o SISNAD. Outras mudanças positivas em relação a esta política é a taxação sobre o álcool e cigarro, para que os recursos arrecadados fossem voltados para políticas de recuperação de dependentes. A reforma agrária sobre territórios de plantio ilegal é outra proposta que incentiva o desenvolvimento de pequenos produtores através de uma política de drogas. O incentivo de pesquisas do Observatório brasileiro de Informações sobre Drogas é outro ponto que incentivou e melhorou a pesquisa brasileira sobre o assunto.

É possível afirmar que um dos principais avanços da Política Nacional de Drogas de 2005 esteja na ampliação e maior reconhecimento da política de Redução de Danos como método articulação intrassetorial que agora não atingiria apenas drogas ilícitas, mas também as não ilícitas. Isso se deve à um grande avanço em relação aos métodos adotados pelas últimas políticas, mesmo que na prática ainda permanece repetindo contradições e métodos das políticas anteriores. A apresentação dessa política como parte do cronograma demonstra a necessidade de uma alternativa à repressão como único método. A atualização demonstra a adoção de métodos educativos, que trazem garantias nos seus resultados e voltados para o campo da reinserção social.

A política de Redução de Danos surge a partir de uma crítica ao modelo proibicionista por não trazer resultados satisfatórios em relação a tratamento e prevenção de usuários. A política proibicionista, como já citado anteriormente neste trabalho, ignora e fere princípios humanitários e de direito garantidos constitucionalmente, como a saúde, os contextos sociais que envolve populações e indivíduos e condições psicológicas. Tal fato chamou atenção de diversos profissionais, sobretudo os da saúde, para ressaltar a necessidade de uma alternativa política pública que, sem interferir nas liberdades e opções de cada indivíduo, realize um trabalho de prevenção através da oferta de melhores condições de saúde pública e campanhas educativas. O objetivo seria diminuir os riscos causados pelo uso da droga.

. A política de Redução de Danos tem a percepção da droga como um direito individual, uma escolha, e entende que o tráfico se beneficia principalmente das condições em que o proibicionismo sujeita os usuários, que faz do uso irresponsável e da utilização de substâncias impuras um ciclo vicioso e lucrativo. O diálogo e a informação seriam o principal método de prevenção para esta política, seus mecanismos podem ser aplicados em uma realidade proibicionista desde que esta permita uma presença de uma atividade médica-social, ao em vez dos repressivos. Na conferência de redução de danos realizadas em Liverpool, Inglaterra, foram estabelecidos alguns princípios que norteiam a política de redução de danos e que se aplicam na Política Nacional de Drogas:

Redução de Danos na Política Nacional de Drogas tem como uma de suas bases o reconhecimento de que a proibição nunca irá conseguir impedir de que uso de drogas seja feito, pois se trata de algo inevitável e milenar no comportamento humano. A política permite que o Estado lide com os usuários que optam pela continuidade do uso não como doentes, mas como indivíduos que estão sobre os seus direitos, e que independe da compreensão dos motivos. A política de redução de danos tenta agir evitando que seus métodos e ações marginaliza ainda mais os usuários, e dessa maneira tenta melhorar as condições de vida desse indivíduo como importante estratégia de reinserção social.

Aqui no Brasil, a política de redução de danos teve seu princípio no anúncio de Santos, São Paulo em 1989. Assim como em outras regiões, o índice de transmissão do vírus HIV estava crescendo de forma alarmante. Muito desse cenário se dava pelo compartilhamento de drogas injetáveis na mesma seringa. Para conter o aumento dos níveis de transmissão, o programa de troca de seringas, utilizaram da estratégia da Política de Redução de Danos para a troca e distribuição de seringas com os usuários. A princípio a política era voltada para as populações usuárias de drogas que compunham grupos de risco de transmissão de HIV. Ao passar dos anos, a estratégia foi se tornando um norte de referência para as políticas adotadas pelo Ministério da Saúde em relação aos usuários de álcool e outras drogas. Antes de serem incorporadas pelo Ministério da Saúde, a política de redução de danos sofreu resistência por parte daqueles que defendiam o proibicionismo. Em Santos, parte dos agentes de redução de danos sofreram processos acusando de estimular e incentivar o uso da droga. A partir de 2003,

com a integração oficial ao Ministério da Saúde, a política cria sua agenda e suas primeiras progressões no território brasileiro.

2.2.5 O PAPEL DO MINISTÉRIOS DA SAÚDE NA POLÍTICA DE DROGAS DO BRASIL

A política atual estabelecida pelo Ministério da Saúde é voltada a atenção integral de usuários de álcool e outras drogas. Quando se trata de políticas públicas voltadas para esta população, raramente era levado em conta políticas públicas de caráter total, ou seja, que atendiam sem ser em grupos específicos. Além do fato das políticas que eram adotadas não levar em conta particularidades de cada indivíduo e as necessidades que acarretaria por cada situação. As políticas eram moldadas visando a abstinência total, deixando os resultados insatisfatórios e sem garantia.

No momento em que a política de redução de danos deixa de ser exclusiva para grupos de risco de transmissão de HIV, a política de drogas se torna fundamental na direção adotada pelo Ministério da Saúde, e que junto a isso veio a necessidade da implementação de um Centro voltada à saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Foi assim que o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) foi formulada e ganhou maior destaque. Esses centros se tornam uma importante estratégia do Ministério da Saúde do que se trata de mecanismos e agentes comunitários de saúde e do social que atendem diretamente a população usuária e seus familiares. A CAPS no seu princípio é voltada para atender indivíduos que necessitam de atenção psicológica e mental. Dessa forma, a CAPSad substituiu os antigos hospitais psiquiátricos, visando em estratégias para a reabilitação e reinserção social.

O CAPSad seria parte de uma subdivisão do CAPS, mas voltando seus esforços no atendimento de dependentes químicos, ou seja, tratando de uma outra atmosfera. Isso permite que o CAPSad atingisse um grupo maior de usuários, oferecendo serviços para inúmeros setores, como escolas, comunidades e zonas de uso de droga. Dessa forma ficaria mais fácil um município elaborar uma atuação específica na promoção do bem-estar e da justiça social para a população usuária.

Uma nova configuração política foi adotada pelo Ministério da Saúde, e o mais importante é que a partir de então foi estabelecido uma nova concepção do Estado passar a lidar e atender o usuário, retirando seu discurso moralista do proibicionismo e de seus métodos que utilizava da abstinência como principal estratégia. Agora se trata de uma política que reconhece a autonomia de direitos do indivíduo, como é citado no trecho publicado pelo Ministério da Saúde no seu texto de *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas* (2004).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humana, temos de necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessária, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Ministério da Saúde, 2004, p. 10).

É importante ressaltarmos como SISNAD delibera as políticas para cada ministério e como se dá a relação entre eles, principalmente quando se trata ente as competências encarregadas do Ministério da Saúde, e o Ministério da Justiça, já que estes coordenam grande parte das Políticas Públicas de Drogas. A competência definida pelo SISNAD ao Ministério da Saúde estaria transcrito no Art 14, Decreto nº 5912/06 INCISO I:

I- do Ministério da Saúde: a) publicar listas atualizadas periodicamente das substância ou produtos capazes de causa dependência; b) baixar instruções de caráter geral ou específico sobre limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de drogas; c) autorizar o plantio, a cultura e o a colheita dos vegetais dos quais possam ser extraídos ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em locais e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar; d) assegurar a emissão da indispensável licença prévia pela autoridade sanitária competente, para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar,

exportar, exportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais; e) disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como os seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde - SUS; f) disciplinar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde; g) disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de drogas e seus familiares; h) gerir, em articulação com o SENAD, o banco de dados das instituições de atenção à saúde e de assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas (BRASIL, SISNAD, 2006).

Para o Ministério da Justiça, estaria transcrito no Art. 14, Decreto nº 5912/06
Inciso III:

III- do Ministério da Justiça: a) articular e coordenar as atividades de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; b) propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência; c) instituir e gerenciar o sistema nacional de dados estatísticos de repressão ao tráfico ilícito de drogas d) articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e) gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas (BRASIL, SISNAD, 2006).

Cada Ministério tem seus próprios métodos para articular a política de drogas em um contexto geral, o que não significa que uma se contraponha a outra. Ministério da Justiça ficaria a critério pela deliberação e pelos mecanismos de repressão, já o Ministério da Saúde responsabilizaria pela saúde e integridade do usuário. Apesar do Ministério da Saúde adotar uma perspectiva mais distante do modelo proibicionista, em comparação ao Ministério da Justiça que usa deste como base para a execução de suas políticas, suas propostas normalmente complementam a agenda um do outro.

Como o ministério da Saúde enfoca basicamente na saúde do usuário, todos os outros aspectos são definidos pela justiça, por isso o Ministério da Justiça encarrega maior poder decisão na formulação da Política Nacional de Drogas. Ambos os ministérios compõem o SISNAD, e que cada um deles seria responsável por

determinadas funções, entretanto o Ministério da Justiça sob maior poder de decisão pela Política Nacional.

O poder unilateral atribuído ao Ministério da Justiça pela responsabilidade de articular e atualizar a Política Nacional de Drogas, faz com que o Ministério da Saúde tenha pouco poder para implementar suas pesquisas e métodos dentro da agenda da Política Nacional, e também pelo fato de todos os fundos pertencer apenas ao Ministério da Justiça, como o FUNAD e o CONAD, isso em conjunto ao maior poder de decisão sobre o SENAD e SISNAD. É possível concluir que o poder destinado ao Ministério da Justiça se torna prevalecido em relação ao Ministério da Saúde. O que acarreta em um cenário em que persiste na criminalização e punição de usuários a partir de uma legislação que cabe inúmeras interpretações.

Quem sai prejudicada historicamente é a população jovem e negra, que é o maior alvo de encarceramento. Usuários que são flagrados pela polícia normalmente são encaminhados para delegacias, e não para centros especializados propostos pelo Ministério da Saúde. Assim, o trabalho de prevenção e informação se torna secundarizado, e as condições que o proibicionismo deixa, apenas agrava as consequências do uso indevido, a marginalização e o tráfico de drogas. Prova disso, é que mesmo implementado a mais de uma década, a política de redução de danos ainda permanece distante da realidade da maioria dos usuários, o que representa as limitações do Ministério da Saúde em tratar sobre o assunto.

2.3 A ATUAL POLÍTICA PÚBLICA DE DROGAS NO ESTADO DE MINAS GERAIS E NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

Tendo em vista que os documentos do SISNAD e a Política Nacional de Drogas são as principais diretrizes nacionais que norteiam as Políticas Públicas de Drogas no Brasil, utilizarei de um relatório⁶ realizado pela Comissão Sobre Álcool e Outras

⁶ Embora o relatório não esteja publicado oficialmente pela Universidade Federal de Uberlândia, já que se trata de um relatório das ações da comissão de Alcool e outras Drogas da UFU e de uma proposta de projeto para implementação da política de Redução de Danos na Universidade, deixarei aqui o link que disponibiliza o acesso para ao documento: <https://dochub.com/pedropauloseven/58g19kW/relat%C3%B3rio-final-cad-vers%C3%A3o-gabir-pdf> :

Drogas da Universidade Federal de Uberlândia em 2015⁷ para analisar de que maneira os documentos nacionais se efetuem na prática a partir de esferas municipais e estaduais.

Cabe também identificar as possíveis diretrizes políticas, sociais e ideológicas que a Política Pública de Drogas se efetiva no Estado de Minas Gerais e no Município de Uberlândia, procurando compreender se o âmbito nacional, estadual e municipal da política se articulam de maneira convergente e de acordo com as diretrizes impostas pelos Ministérios da Saúde, Justiça e Educação.

A Política de Drogas do Estado de Minas Gerais é estruturada administrativamente através da Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS), que a partir de 2003 foi institucionalizada pela Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SUPOD), na qual estaria mais responsável por deliberar políticas neste aspecto para o Estado de Minas Gerais. A SUPOD além de ser responsável por desenvolver programas voltados à atenção de Dependentes Químicos que atua no território mineiro, a Subsecretaria é parte fundamental na articulação e interlocução da Política Pública de Drogas nos municípios, implementando Conselhos Municipais de Políticas Públicas de Drogas em todo o Estado, nos quais diversos setores da sociedade deliberam as políticas em âmbito Municipal.

As Políticas Públicas do Estado de Minas Gerais são voltadas para quatro principais diretrizes: a atenção ao dependente químico, assistência social especializada, mobilização da comunidade e no debate sobre Drogas com a população a partir de informações baseadas cientificamente.

O Centro de Referência Estadual de Álcool e Outras Drogas (CREAD) localizado no centro da Capital Belo Horizonte, é outra estratégia utilizado pelo Estado de Minas Gerais. O Centro conta com profissionais que dão suporte e assistência para usuários e familiares, como também é responsável pelo atendimento fornecido pela Rede Complementar de Atenção ao Dependente Químico, que são instituições conveniadas com o Estado nas quais podem ser solicitado o atendimento de um profissional especializado por outros municípios do Estado de Minas Gerais. No Município de Uberlândia por exemplo, existem duas destas sedes que compõe a Rede

⁷ Como o relatório foi elaborado pela Comissão no ano de 2015, às análises serão limitadas até as gestões do Governador de Minas Gerais Fernando Pimentel do Partido dos Trabalhadores (PT,) e do Prefeito de Uberlândia Gilmar Machado, também do PT.

Complementar, o grupo Salva Vidas e SER- Serviço Evangélico de Reabilitação. O CREAD também seria responsável pela manutenção do banco de dados que avalia o perfil epidemiológico de cada usuário, que é alimentado também pelas Redes Complementares através dos seus diagnósticos.

Existe uma forte presença das comunidades terapêuticas na composição da Rede Complementar do Estado de Minas Gerais, além do fato que o Governo Estadual não anuncia o CapsAD como instância alternativa para encaminhamento de usuários, o que diverge das recomendações impostas pelo Ministério da Saúde. Além da problemática de desvincular o atendimento profissional fornecido pelo SUS como alternativa ao usuário e vincular tal função para outras instituições distintas do aparelho Estatal, fica nítido que a preferência estadual para tratar de usuários em situação de consumo compulsivo fica a critério de um viés religioso das comunidades terapêuticas, o que pode colocar em xeque o tratamento profissional científico e menos moralista sobre o assunto e afasta da abordagem sugerida nos documentos nacionais.

No Município de Uberlândia existem secretarias e grupos administrativos que se relacionam direto ou indiretamente com a efetivação da Política Pública de Drogas na cidade. Entretanto a PMU, na qual fica localizada a Secretaria Municipal de Prevenção às Drogas e Segurança Cidadã, seria as principais secretarias responsáveis pela deliberação das políticas voltado para este setor. Tendo como principal foco a prevenção de drogas, as secretarias além de deliberar palestras, incentivar o debate no Congresso da Juventude e outros encontros específicos sobre o tema, também é responsável pela coleta de dados estatísticos que são encaminhados para as instâncias responsáveis no âmbito Estadual e Nacional.

Os programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal Antidrogas tem como grande enfoque atividades como palestras e oficinas, que tem como diretriz a prevenção e o não uso da droga. Podemos citar alguns exemplos que demonstra um pouco das estratégias que a Secretaria utiliza: Programa “Caravana Antidrogas” que propõe um debate com a população jovem no intuito de prevenção ao uso indevido e experimentação de drogas; Projeto “Papo Legal” que pretende criar um diálogo com a comunidade para apresentar os riscos que o uso indevido de drogas podem acarretar; Projeto “Oficinas Lúdicas” que utiliza de oficinas desenvolvidas com linguagem artística para apresentar os riscos que o uso de substâncias psicoativas podem acarretar;

Projeto “Reage” (rede cristã de agentes em proteção e prevenção às drogas) no qual envolve a secretaria Municipal Antidrogas, Defesa Social, e comunidades cristãs, que criam estratégias para o enfrentamento do uso indevido de drogas e na prevenção do uso; Projetos de Reinserção Social, que criam programas para atender populações vulnerabilizadas, como por exemplo o “Com licença, vou à luta” que em parceria com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE) atua no desenvolvimento de capacitação profissional, formação escolar e na auto estima de mulheres em Estado de vulnerabilidade social; entre outros programas.

Podemos compreender que, a partir dos programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal Antidrogas, a continuidade da tendência adotada pelo Governo Estadual de inserir as Comunidades Terapêuticas religiosas como importante articulador das atividades de prevenção e reinserção social aplicadas para a comunidade. Outra continuidade que também pode ser observada, é a desarticulação da Secretaria de Saúde e dos SUS nas estratégias de prevenção e reinserção social, o que foge novamente das recomendações estabelecidas pelos documentos nacionais, e do auxílio que poderia ser promovido pela CapsAD.

A Secretaria Municipal de Saúde atua em paralelo com a Secretaria Municipal de Prevenção às Drogas nas Políticas Públicas de Drogas na cidade de Uberlândia. A Secretaria de Saúde atende os princípios estabelecidos pelo SUS, Política Nacional de Saúde Mental e Política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, e da Coordenação Estadual de Saúde Mental. Ou seja, a secretaria está em consonância para atender a população usuária pelos métodos aplicados pelo SUS e da Reforma Psiquiátrica, na qual utiliza do atendimento terapêutico psicológico para usuários e familiares que são fornecidos pelas Unidades de Atendimento Integrado (UAI), Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF), como também em unidades especializadas no assunto da própria Secretaria de Municipal de Saúde.

A CapsAD é também um serviço é fornecido pelo SUS da Secretaria Municipal de Saúde, e tem como objetivo apoiar usuários de drogas em situação de sofrimento, como também articular espaços sociais para produção de projetos de vida e do exercício dos próprios direitos, visando a reinserção social do indivíduo. No ano publicado pelo documento (2015), a CapsAD atende cerca de 450 pacientes, no qual fornece oficinas

terapêuticas, grupos de diálogos com familiares, atendimento psicológico, médico, enfermagem, que atuam 24h por uma equipe de 52 profissionais das áreas da medicina, enfermagem, farmácia e psicologia.

A CapsAD de Uberlândia utiliza do modelo de Redução de Danos como estratégia para promoção da saúde e dos direitos do usuário de drogas, que fornece acompanhamento médico ao indivíduo mesmo que este opte por permanecer com o uso da droga. O atendimento ao usuário segue a ideia de atendimento incondicional, onde a sede fica de portas abertas 24 horas sem necessidade de pré-agendamento, garantindo um espaço de escuta para o usuário que pode chegar através de uma demanda espontânea ou por indicação de outras secretarias e Serviços Sociais fornecidos pelo Município.

Existem dois projetos financiados pelo Ministério da Saúde no qual são inseridos dentro da CapsAD, a Escola de Redutores de Dano “En-Rede” que trabalha em conjunto ao SUS, e a criação de pontos de atendimentos em territórios de maior vulnerabilidade e risco social advindo do uso da droga. A Escola de Redutores de Dano atua na formação dos Agentes Redutores, na sua capacitação teórica e auxílio nas ações que ocorrem cotidianamente em locais de concentração do uso de drogas que podem acarretar maior vulnerabilidade ao usuário. Os bairros de maior enfoque sobre essas ações são Morumbi, D. Almir, Lagoinha, Saraiva, Martins e Tocantins.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base as discussões feitas neste texto acerca do desenvolvimento histórico e a consolidação do Proibicionismo, podemos entender que esta Política surge a partir de um esforço por parte do Estado em controlar substâncias que passaram por um processo de expansionismo, sendo que algumas drogas iriam receber um tratamento legal diferenciado, se tornando ilícitas. Muitas das vezes a diferenciação de tratamento dos processos de expansionismo das drogas lícitas e ilícitas se deram pela associação de substâncias com grupos sociais marginalizados socialmente e por uma perspectiva moral sobre seus efeitos.

O uso de drogas psicoativas no Brasil antes do século XX, era sobretudo feito pelas elites que tinham acesso aos fármacos produzidos pela Indústria Farmacêutica estrangeira, as drogas utilizadas pelas populações pobres faziam parte de um repertório medicinal regional, no qual muitas vezes a indústria farmacêutica se apropriou. A institucionalização da Política Pública de Drogas no Brasil no período colonial, possui discurso moralista e racista dentro do conteúdo de suas próprias leis. Não é à toa que os Estados Unidos, principal propagador da Política Proibicionista no mundo, consolidou sua Política Pública de Drogas por influências dos movimentos de temperança, e na perseguição das substâncias utilizadas pelas classe trabalhadora imigrante.

Podemos entender que no princípio, a Classe Política Médica e a Indústria Farmacêutica foram os maiores beneficiários desta marginalização de determinadas substâncias. Boa parte destas drogas, como a cannabis por exemplo, faziam parte do uso recreativo e do conhecimento terapêutico das classes mais pobres. Estas drogas foram estigmatizadas pela Classe Médica legisladora pelos seus efeitos psicotrópicos, oferecendo como alternativa os medicamentos da Indústria Farmacêutica e da Medicina Oficial, em busca de alimentar um mercado oficial de drogas sintéticas que pretendiam atingir as massas com a promessa de menores efeitos colaterais e maiores resultados. Entretanto na prática, o consumo tanto as drogas sintéticas como as naturais possuem consequências problemáticas, sendo que as ilícitas ficariam ainda mais sujeitas a esta situação por se encontrar em um contexto proibido.

Contudo as leis criadas para barrar o processo de expansionismo das drogas ilícitas não foram suficientes para sua massificação no decorrer do século XX, tornando o contexto dessas substâncias sujeitas a economia do tráfico, e marginalizando seus usuários. O contexto problemático da droga se inicia a partir desta relação, que vai se desgastando cada vez mais a partir de novas pesquisas científicas sobre os efeitos e consumo de drogas lícitas e ilícitas, que coloca a Política Pública sobre contradição de suas próprias justificativas.

As consequências do proibicionismo são reconhecidas historicamente. Através de uma política de endurecimento penal sobre o uso e comércio de substâncias, redes de comércio de drogas ilícitas se tornam mais elaboradas, corruptíveis e bélicas, que afetam diretamente na segurança e saúde dos usuários e das pessoas que convivem indiretamente no contexto do tráfico. O encarceramento da população brasileira através

do endurecimento das leis punitivas em relação às drogas, criou uma superpoluição carcerária, chegando no final do século XX ser o maior motivo de prisões de indivíduos em sua maioria pobres e negros. Tal fato também se repete nas prisões dos países que adotaram o proibicionismo como principal modelo para tratar sobre esta questão.

Contudo no final do século XX e início do século XXI, uma alternativa política ao proibicionismo deixa de ser exclusivamente um debate crítico acadêmico, e passam a tornar realidade no eixo de política de outros países no mundo. Exemplos como Portugal, que destina parte dos seus investimentos de Políticas Públicas de Drogas em uma perspectiva menos punitivista e mais acessível aos mecanismos de informação e saúde do usuário, vem apresentando resultados mais significativos quando se trata na diminuição de vítimas fatais ou em risco social pelo uso da droga. Essa disputa chega ao Brasil através das atualizações proposta sobretudo pelas instituições de saúde, representadas pelo Ministério da Saúde. A proposta passa uma perspectiva de tratamento ao usuário que não condene seu contexto, ou o criminalize ainda mais, mas que crie mecanismos para que o consumo e a sociabilidade do usuário atinja perspectivas mais saudáveis e com menores sofrimentos.

Também existe o fato que do ponto de vista técnico, a política de Redução de Danos e de recomendações do Ministério da Saúde, através do documento nacional do SISNAD, tem como maior enfoque às populações em que o uso de drogas podem acarretar em situações mais vulneráveis. Entendendo que o consumo de drogas em sua maioria, não precise necessariamente de uma intervenção do Estado ou de enfoque sobre o ponto de vista de saúde pública. Isso é observável na própria Política Pública de Drogas de Portugal, que vem registrando a partir de suas intervenções de saúde que menos de um terço dos usuários são encaminhados para casos que podem ser considerados sujeitos a internação, de uso compulsivo ou que podem colocar a saúde do usuário em risco. As recomendações de prevenção caminham no sentido da não recomendação do uso de drogas, mas se for feito que seja de forma segura.

No Brasil ainda há muito o que precisa ser feito no sentido de garantia de saúde, de direitos aos usuários, e do enfraquecimento do contexto do tráfico. Um dos fatores que poderíamos justificar este contexto, seria por exemplo pelo desequilíbrio na própria deliberação dos ministérios na disputa e na gestão da Política. Em um contexto no qual o Ministérios da Justiça responsável por políticas de punição, repressão e controle,

ficam com o maior poder político e orçamentário diante do Ministério da Saúde, necessariamente irá acarretar em sintomas na distribuição de poderes na disputa entre o proibicionismo e uma política alternativa a ele. Tal fato pode muito bem serem exemplificados pela perspectiva coletada pelo CAD nas realidades institucionais estaduais e municipais em Uberlândia.

Por parte do Estado de Minas Gerais por exemplo, a atuação da principal instituição diretamente ligado a rede estadual o CREAD, tem sua atuação centralizada na capital Belo Horizonte. Os outros municípios ficam responsáveis pelo auxílio das Redes Complementares de Atenção do Dependente Químico. Em Uberlândia por exemplo, as redes responsáveis são os grupos Salva Vidas e SER- Serviço Evangélico de Reabilitação, que são comunidades terapêuticas religiosas. Isso se torna problemático pois as comunidades terapêuticas utilizam de um contexto moral religioso para tratar usuários, sem um critério de qualificação profissional para tratar sobre o assunto, e normalmente vinculado a estigmas e discursos propagados historicamente pelo proibicionismo, o que foge das recomendações feitas pelo SISNAD, Ministério da Saúde, SUS, e da Reforma Psiquiátrica. Podemos observar que o Governo do Estado de Minas Gerais neste período de 2015, encaminhou a maioria das políticas aos municípios neste sentido, deixando a Política Pública de Drogas a mercê das comunidades terapêuticas cristãs. Outro grande problema é que na documentação publicada pela SUPOD não utiliza, recomenda ou articula em nenhum momento serviços em estratégia com o SUS ou com a CapsAD, demonstrando que de maneira geral o serviço foge das recomendações impostas pelo Ministério da Saúde, e foca em políticas que dão continuidade ao proibicionismo e repressão. Isto se torna ainda mais evidente pela SUPOD ser inserida dentro da SEDS, no qual estão vinculado os principais mecanismos de repressão e da Polícia Militar.

No Município de Uberlândia essa realidade não é muito diferente. Já podemos observar no próprio nome da instituição, Secretaria Municipal de Prevenção as Drogas que carrega o nome parecido com a antiga Política Nacional Antidrogas antes de 2005, que é desatualizada justamente ao tratar do assunto por um viés distante dos mecanismos de Saúde e Redução de Danos. Embora a Secretaria apresenta projetos de reinserção social de grupos vulnerabilizados pelo o uso da Droga, a Secretaria tem bastante enfoque em projetos de prevenção, através do discurso moralizador e

demonizador do contexto das drogas, o que foge dos debates e discursos disputados pelo SISNAD e do Ministério da Saúde.

Os discursos atribuídos tanto a nível Estadual e Municipal em Uberlândia que contribui com a estigmatização de usuários e que justifica o contexto problemático do proibicionismo. A falta de influência do Ministério da Saúde e do SUS nas principais secretarias voltadas ao usuário de drogas e suas políticas públicas, refletem na maneira como a Política Nacional de Drogas é deliberada através dos próprios ministérios. A maioria atuação e orçamentária neste sentido fica nos mecanismos repressivos, e no discurso desqualificado e desatualizado para tratar usuários em uma perspectiva humana, de saúde, e com direitos. Sendo assim existe uma clara continuidade nos mecanismos proibicionistas nessas instituições. A Política de Redução de Danos, e de tratar sobre o assunto do uso de drogas com caráter científico e desmoralizador fica a critério das secretarias voltadas a Saúde, que disputam paralelamente com as secretarias de drogas de Minas Gerais e Uberlândia na superação de métodos que só reforçam o proibicionismo e não supera suas contradições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República. 2016. 371 f. Tese (Doutorado) - Curso de História Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2016/09/Torcato_Historia_Probi%C3%A7%C3%A3o_Brasil_USP_2016.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019.

DÓRIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício. In: Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária, 1958, p.01-14.

et al, COMISSÃO SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, Relatório Final das ações da Comissão sobre Álcool e outras Drogas da UFU, 2015, Universidade Federal de Uberlândia

ANTUNES, Henrique Fernandes. A literatura antropológica e a reconstituição histórica do uso da ayahuasca no Brasil¹. Revista de Antropologia Social dos Alunos do Ppgas-ufscar, São Carlos, v. 3, n. 2, p.76-103, jul. 2011. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0001/1439.pdf>. Acesso em: 19 out. 2019.

IHRA: PROMOTING HARM REDUCTION ON A GLOBAL BASIS, 2010.

ESCOHOTADO, Antonio. Historia General de las Drogas: incluyendo el apéndice Fenomenologia de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. et al (Orgs.).Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador, EdUFBA, 2008.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. et al (Orgs.).Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador, EdUFBA, 2008.

IVERSEN, Leslie. Drogas. Trad. Flávia Souto Maior. Porto Alegre: L&PM, 2012.

SOUTHIER, Diane. O CAMPO DISCURSIVO SOBRE DROGAS E O POSICIONAMENTO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO. 2016. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Sociologia Política, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167767/339021.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 fev. 2019.

CARNEIRO, Henrique et al. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. 444 p.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. Coletânea de políticas públicas: volume 1: introdução à teoria da política pública. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (enap), 2006. 26 p.

KARAN, Maria Lúcia. Sem o Fim Da “GUERRA ÀS DROGAS” Não Haverá Desmilitarização. Law Enforcement Against Prohibition (LEAP). Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura in: Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45

Boiteux, Luciana de Figueiredo. CONTROLE PENAL SOBRE AS DROGAS ILÍCITAS: O IMPACTO DO PROIBICIONISMO NO SISTEMA PENAL E NA SOCIEDADE. 2006. 273 f. Tese (Doutorado) - Curso de Direito, Doutorado – Programa de Pós-graduação em Direito. Área de Concentração: Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil; A construção de uma política nacional. Trabalho apresentado na VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós Graduação em História/UERJ. Rio de Janeiro, 2011.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.11, pp. 2309-2319. ISSN 0102-311X.

ANDRADE, T.M. Redução de Danos um novo paradigma? In: Entre riscos e danos, uma nova estratégia ao uso de drogas. Ministério da Saúde do Brasil e União Européia. Paris, Editiones Scientifiques ACODESS, 83-86, 2002.

TEIXEIRA, Mariana Fernandes. OS ACORDOS INTERNACIONAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DO USO DE DROGAS NO BRASIL. 2017. 80 f. Monografia (Especialização) - Curso de Relações Internacionais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/184949/Monografia%20da%20Mariana%20Fernandes.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

MORAIS, Paulo César de Campos. DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS. 2005. 306 f. Tese (Doutorado) - Curso de Sociologia e Política, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/60/droga_politica_publica.pdf>. Acesso em: 09 maio 2019.

BRUGNARA, Lucas. DROGAS E A POLÍTICA DO CONTROLE: ENTRE O PROIBICIONISMO E A REDUÇÃO DE DANOS. 2012. 70 f. Monografia (Especialização) - Curso de Direito, Departamento de Direito, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2919/MONOGRAFIA%20vers%C3%A3o%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 jul. 2019.

LEIS:

PNAD – POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS. Resolução nº3/GSIPR/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, 2005.

BRASIL. Decreto-Lei nº. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Rio de Janeiro, 1938

BRASIL. Código Penal. Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, 2002.

BRASIL. Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei n 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Brasília, 2006.

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. Brasília, 2006.