


DROGA É CASO DE POLÍTICA

 coalizão de candidaturas pela
reforma da política de drogas



PLATAFORMA BRASILEIRA
DE POLÍTICA DE DROGAS

2018

Expediente

Coordenação do projeto

Gabriel Santos Elias e Harumi Visconti

Texto e edição

Gabriel Santos Elias e Harumi Visconti

Colaboração

Ana Luiza Uwai, Ana Navarrete, Andrea Gallassi, Cristina Uchôa, Cristiano Maronna, Débora Medeiros, Denis Russo Burgierman, Ingrid Farias, Lorraine Carvalho, Luana Malheiro, Luciana Zaffalon, Luís Fernando Tófoli, Mariana Chies Santiago Santos, Margarete Brito, Maurício Fiore, Nathália Oliveira, Pedro Henrique de Faria, Renato Filev e Sidarta Ribeiro

Projeto gráfico e diagramação

Eugênia Pessoa Hanitzsch

Plataforma Brasileira de Política de Drogas

Secretaria Executiva

Secretário Executivo

Cristiano Avila Maronna

Secretária Executiva Adjunta

Luciana Zaffalon

Coordenação Científica

Sidarta Ribeiro

Coordenação de Comunicação

Harumi Visconti

Coordenação de Relações Institucionais

Gabriel Santos Elias

Articulação

Luana Malheiro e Nathália Oliveira

Droga é caso de política

Um guia para debates sobre política de drogas baseados em evidências

Há muitos anos convivemos com políticas de drogas orientadas pelo tabu e pelo moralismo. Comportamentos considerados desviantes ou anormais têm sido proibidos e criminalizados. Essa é a única razão para a manutenção da proibição de determinadas drogas, como a maconha, em detrimento de outras, como o álcool. Essa forma de elaborar políticas públicas sobre drogas gerou danos irremediáveis para milhares de famílias e cidadãos em todo o mundo.

Isso não quer dizer que a política de drogas deva ser desenhada de maneira tecnocrática, sem deixar espaço para escolhas políticas e até mesmo para princípios éticos e morais de indivíduos e seus governantes. Mas as decisões políticas de nossos representantes e de gestores de políticas públicas devem ao menos levar em conta as melhores evidências científicas disponíveis – e não é razoável fazer política pública com base apenas em certezas morais.

Neste *Guia de Bolso de Debate sobre Políticas de Drogas*, a Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD) pretende reunir o melhor das evidências científicas disponíveis

para ajudar na tomada de decisão a respeito de temas importantes, como a criminalização dos usuários de drogas, a regulamentação do uso terapêutico de maconha e a regulamentação da produção e do comércio de maconha para fins diversos. Este material faz parte do projeto “Droga é caso de política: Coalizão de candidaturas pela reforma da política de drogas”, voltado para apoiar candidatas e candidatos dispostos a pautar o tema nas eleições de 2018. Mas não só. Esperamos que essa cartilha possa ser útil a qualquer pessoa que queira refletir sobre esses temas tão relevantes para a democracia e tão mal compreendidos pelos políticos.

Entendendo que as mudanças na política de drogas dependem não só de representantes federais, mas também estaduais, a PBDP quer mapear deputados e deputadas distritais e estaduais. Essas e esses parlamentares podem impactar sobretudo na fiscalização cotidiana da atividade policial, dos serviços de saúde e instituir políticas inovadoras de redução de danos, como as salas de uso seguro.

A elaboração deste material contou com a participação e apoio das 50 organizações que integram a PBDP e de especialistas e ativistas que conhecem profundamente políticas de drogas em suas mais diversas faces.

Sobre a Coalizão de candidaturas pela reforma da política de drogas

A *Coalizão de candidaturas pela reforma da política de drogas* faz parte do projeto *Droga é caso de política*, idealizada pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas. Para além da produção deste material, o projeto também mapeou candidatos e candidatas de todo o país que propõem a reforma da política de drogas em três frentes: a descriminalização do consumo de drogas e a regulamentação da maconha para fins terapêuticos e/ou sociais. As candidaturas podem ser acessadas no site do projeto: eleicoes.pbpd.org.br.

Essa iniciativa possui caráter meramente informativo e está aberta a candidatos e candidatas de qualquer partido político que disputarão as eleições 2018, de acordo com o estabelecido pela legislação eleitoral, especialmente o disposto no art. 36-A, inciso V, da Lei nº 9.504/97.

Sobre a Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)

A PBPD é uma rede de organizações, especialistas e ativistas que atuam em diversas frentes para reformar o modelo de criminalização das drogas no país. Desde 2015, a PBPD busca debater e promover políticas de drogas fundamentadas em evidências científicas, na garantia dos direitos humanos e na redução dos danos produzidos pelo uso problemático de drogas e pela violência associada à ilegalidade de sua circulação.

Acesse www.pbpd.org.br.

Sumário

- 18 Qual é a diferença entre proibição, descriminalização, despenalização e legalização?**
- 24 Por que precisamos descriminalizar o consumo de drogas?**
- 25** A proibição do consumo de drogas é inconstitucional
- 32** A proibição de drogas tem impacto negativo na saúde
- 36** Descriminalizar não aumenta significativamente o consumo
- 38** A proibição afeta desproporcionalmente negros e pobres

45 Por que precisamos legalizar as drogas?

- 46** Proibir gera mais violência
- 47** A proibição custa muito caro
- 51** A proibição está superlotando as prisões
- 60** A proibição acaba institucionalizando o racismo
- 66** A Lei de Drogas é muito nociva às mulheres e desestrutura famílias
- 68** A proibição faz mal para a saúde

72 Por que precisamos garantir o acesso a maconha para fins terapêuticos?

73 Os riscos de regulamentar a maconha medicinal são muito pequenos

79 Vários países no mundo vêm legalizando a maconha

86 Como funciona hoje no Brasil?

90 Como devemos cuidar da saúde das pessoas que usam drogas?

91 Conhecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

94 Todo usuário é dependente?

97 O que é redução de danos?

102 O que é internação?

104 O que são comunidades terapêuticas (CTs)?

Qual é a diferença entre proibição, descriminalização, despenalização e legalização?

O modelo de regulamentação de drogas dominante desde o século XX é a **proibição**, que prevê sanções criminais para quem produz, distribui ou consome determinadas substâncias¹ listadas em convenções internacionais. Esse modelo abre exceções para fins científicos, medicinais ou religiosos, mas se sabe que, na prática, mesmo esses usos legítimos são frequentemente reprimidos e há muitos obstáculos para o avanço do conhecimento científico.

O termo **despenalização** é o modelo adotado pelo Brasil desde 2006, quando a atual Lei de Drogas passou a valer no país. Nesse modelo, a pena de prisão é removida em casos que envolvem porte de drogas para consumo pessoal – conduta que permanece ilegal, mas cuja sanção pode ser o cumprimento de penas alternativas, como advertência ou prestação de serviços comunitários, por exemplo.

A **descriminalização do uso**, por sua vez, retira o tratamento criminal de quem conso-

¹ Lista de substâncias controladas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971). Disponível em <https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html>

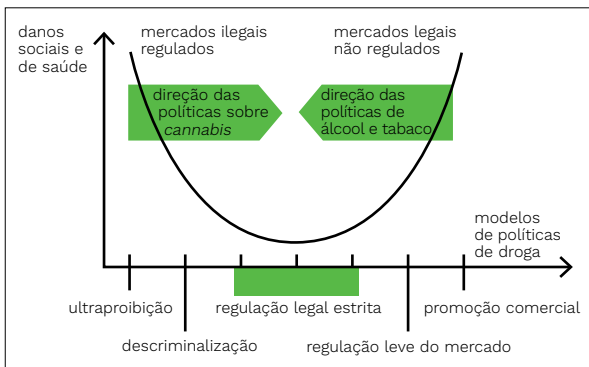
me drogas, podendo diminuir o estigma e facilitar o acesso do usuário a serviços de saúde. Nesse modelo, o porte de drogas pode continuar ou não sendo ilegal, dependendo, por exemplo, da quantidade de drogas apreendida (ver p. 57). Em alguns países, os usuários podem ser submetidos a sanções alternativas ou a tratamento obrigatório, se for diagnosticado uso problemático de drogas. Esse é o modelo hoje adotado pela maioria das democracias desenvolvidas do mundo.

Na **legalização**, as atividades ligadas à produção e ao comércio de drogas tornam-se legais, como acontece atualmente com álcool, tabaco e medicamentos. Em um cenário de **regulação** das drogas, há diversas regras para o mercado agora considerado lícito: de acordo com as características de cada substância, a regulação cria restrições de publicidade, horário e locais de consumo e idade mínima para acesso à droga. Esse modelo prevê a fiscalização de produtores e comerciantes, que não podem trabalhar sem autorização, e também o controle de qualidade da droga vendida. Nesse modelo, o mercado antes ilegal deixa de financiar atividades criminosas e passa a gerar impostos e empregos formais.

	Proibição	Despenaliza- ção do uso	Descriminali- zação do uso	Legali- zação
É crime usar?	✓	✓	✗	✗
O usuário vai preso?	✓	✗	✗	✗
Usar é legal?	✗	✗	✗	✓
O estigma dificulta o acesso a tratamento?	✓	✓	✗	✗
Vender é legal?	✗	✗	✗	✓
O tráfico de drogas é crime?	✓	✓	✓	✓

Fonte: Guia sobre drogas para jornalistas/Tarso Araujo – 1ª ed. – São Paulo: IBCCRIM-PBPD-Catalize-SSRC, 2017.

O gráfico abaixo ilustra cenários para os mercados (legais e ilegais) em diferentes modelos regulatórios de drogas, considerando os danos sociais e à saúde gerados a partir de cada política de drogas implementada.



Fonte: ROLLES, Steve; MURKIN, George. How to regulate cannabis: A practical guide. Transform Drug Policy Foundation. <http://www.tdpf.org.uk/resources/publications/how-regulate-cannabispractical-guide>, 2013.



MODELOS DE REGULAÇÃO: O TABACO E O ÁLCOOL NO BRASIL

No Brasil, por exemplo, os mercados de tabaco e de bebidas alcoólicas são regulados de formas bem diferentes entre si. Se na indústria de cigarros o país é referência internacional, com significativa redução no número de fumantes desde os anos 90, com o álcool a situação é oposta.

Na regulação do tabaco, uma série de medidas foram tomadas para reduzir os danos dessa substância, como a criação de impostos específicos, a inserção de avisos nas embalagens sobre os riscos à saúde, a proibição da propaganda de cigarros e leis que restringiram o fumo em locais fechados.

Já as políticas destinadas ao álcool são mais flexíveis e as regras nem sempre são respeitadas, abrindo espaço, por exemplo, para a venda de bebidas alcoólicas para menores de idade e a veiculação massiva de publicidade em eventos públicos e em propagandas na mídia sem restrição de horário. Vale lembrar que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, o consumo de álcool está associado a quase 6%

das mortes no mundo. Esse número chega a 25% das mortes de pessoas com idades entre 20 e 39 anos.

PORTUGAL: DA PRISÃO À SANÇÃO ADMINISTRATIVA

Citado com frequência por autoridades e especialistas em política de drogas, Portugal foi o primeiro país da Europa a descriminalizar o consumo de todas as drogas, em 2001. Lá é permitido portar limites determinados de cada droga (25 gramas para maconha, por exemplo), mas o cultivo e a venda de drogas ainda é ilegal. Pessoas flagradas com quantidades acima do valor permitido para uso pessoal podem ser encaminhadas para uma junta, formada por profissionais de saúde, onde são repassadas informações sobre os riscos associados ao consumo de drogas. Em último caso, o cidadão pode ser submetido (após sua autorização) a um tratamento médico ou, caso não aceite o acompanhamento terapêutico, poderá ser aplicada uma multa.

**Por que precisamos
descriminalizar o
consumo de drogas?**

A proibição do consumo de drogas é inconstitucional

O Direito Penal brasileiro tem entre os seus princípios fundamentais, extraídos da Constituição Federal, a proteção à autonomia individual e à vida privada e o postulado segundo o qual a autolesão não é punível. A proibição da posse de drogas para consumo pessoal é inconstitucional por não respeitar essas regras e postulados.

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

DROGAS E STF

A constitucionalidade do artigo em questão está sendo debatida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) desde agosto de 2015, quando começou o julgamento do Recurso Extraordinário 635.659, apresentado à Corte em 2011. Essa ação, sob a relatoria do ministro Gilmar Mendes, pode descriminalizar a posse de drogas para uso pessoal, mas está suspensa desde outubro de 2015. Após três votos favoráveis à tese da inconstitucionalidade (e consequente descriminalização), o julgamento foi interrompido depois do pedido de vista do ministro Teori Zavascki, morto em janeiro de 2017. A retomada do julgamento depende da devolução do processo pelo gabinete do ministro Alexandre de Moraes, sucessor de Teori no STF.

Há outras ações sobre o tema no Supremo, como a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5708, que questiona a criminalização da maconha para fins terapêuticos.

Ao permitir que o Estado interfira em decisões pessoais que não ferem terceiros, a proibição do consumo de drogas viola a vida privada, a intimidade e a liberdade individual – que inclui também a possibilidade da autolesão.

Nas palavras de Salo de Carvalho, professor de direito penal da UFRJ², “um Estado que pretenda regular os hábitos da população será sempre um Estado autoritário. O sujeito tem o direito de se autolesionar (tatuagens e piercings), de se arriscar (automobilismo), de lutar ferozmente até fazer o adversário desmaiar (lutas de vale-tudo), de comer alimentos gordurosos que notadamente são perniciosos à saúde e, inclusive, de se suicidar: é evidente, portanto, que deve ter o direito de “autogestão farmacológica”, ou seja, de poder gerir a si mesmo, de fazer as próprias escolhas, a partir de uma relação responsável com todas as substâncias que já existem e com as que ainda serão inventadas na face da Terra”. O professor não está sozinho. Para Ana Elisa Bechara, professora de Direito Penal da Facul-

² JURISDIÇÃO. Terceira vara criminal de Canoas (RS). Ação penal nº 008/21100080417, 15 de setembro de 2011. Disponível em http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/jurisprudencia/34_13%2009%2011%20-%20alexandre%20thomaz%20-20defesa%20%20%20%20%20%20_preliminar%20vers%C3%A3o%20final-1.pdf?1316644286

dade de Direito da USP, “a pretensão de tutela penal da saúde ou integridade do agente contra sua própria vontade e interesse configuraria paternalismo penal intolerável no âmbito de um Estado Democrático[...]”³.

³ BECHARA, Ana Elisa Liberatore Silva. *Da teoria do bem jurídico como critério de legitimidade do direito penal*. Tese apresentada ao concurso de livre-docência junto ao departamento de direito penal, medicina forense e criminologia. Universidade de São Paulo. 2010, p. 342.

LEI SECA NOS EUA

Entre 1920 e 1933, os Estados Unidos proibiram a fabricação, o transporte e a venda de bebidas alcoólicas em todo o país. Um dos principais reflexos da chamada Lei Seca foi o fortalecimento de máfias, como a comandada por Al Capone, que lucravam com a comercialização ilegal do álcool. Assim como no tráfico de drogas atualmente, o mercado clandestino de bebidas se valeu da violência e do armamento de seus grupos para manter os negócios ativos, levando à criação de instituições públicas focadas no combate ao contrabando e à venda ilícita de álcool nos EUA.





O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL

A sociedade civil organizada tem tido um grande papel nos pequenos avanços do Brasil em matéria de política de drogas. Hoje o movimento mais expressivo do campo é a Marcha da Maconha, que já completou mais de dez anos em cidades como Rio de Janeiro, Recife e São Paulo. Todos os anos, normalmente em maio, milhares de pessoas ocupam as ruas para pedir a legalização da *cannabis*. Nos últimos anos, a Marcha da Maconha viu sua audiência aumentar e passou a ser replicada em cidades menores, chegando a mais de 40 municípios em 2018. Inspirada na Marcha da Maconha dos EUA, cuja primeira edição aconteceu nos anos 1990, a versão brasileira vem incluindo em suas edições pautas urgentes, como o combate à violência e letalidade policiais, a regulação do autocultivo para fins terapêuticos e o impacto da proibição sobre a vida das mulheres. Blocos ou alas temáticos, como o de psicodélicos e o da redução de danos, por exemplo, também vêm sendo criados.

Mais recentemente, entidades organizadas em torno do uso medicinal da maconha também ganharam força. Compostas sobretudo por familiares de pessoas que fazem uso da *cannabis* para fins terapêuticos, essas organizações vêm atuando junto às autoridades para garantir o direito ao autocultivo de maconha e a regulação da *cannabis* para fins de pesquisa e medicinal.

Ao redor desses dois grandes movimentos, há uma rede de organizações que atuam, em diversas frentes, para mudar a lógica da política de drogas brasileira. Ativistas, especialistas e entidades vêm propondo alternativas ao modelo atual de combate às drogas, apontando diretrizes para tratamento gratuito, consentido e em liberdade, para mitigar e combater a violência e a letalidade policiais e, sobretudo, regular os mercados hoje considerados ilegais.



A proibição de drogas tem impacto negativo na saúde

O bem jurídico tutelado pela Lei de Drogas é a saúde pública. Traduzindo, o objetivo principal da Lei 11.343 é zelar pela saúde de todos.

No entanto, hoje está claro que a proibição causa mais mal do que bem à saúde pública.

Diversos estudos apontam que, do ponto de vista epidemiológico, usuários que apresentam problemas ocasionados pelo uso de drogas são a exceção, e não a regra^{4, 5, 6 e 7}. Ironicamente, é em nome da proteção dessas pessoas que o Estado brasileiro se empenha no combate repressivo ao consumo de drogas. Para piorar, há indícios fortes

⁴ WAGNER, F.; ANTHONY, J. C. From First Drug Use to Drug Dependence Developmental Periods of Risk for Dependence upon Marijuana, Cocaine, and Alcohol. *Neuropsychopharmacology*, v. 26, n. 4, p. 479–488. 2002.

⁵ CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). 2005

⁶ FISCHER, B. et al. Typologies of cannabis users and associated characteristics relevant for public health: a latent class analysis of data from a nationally representative Canadian adult survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, v. 19, n. 2, p. 110–124, 2010.

⁷ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Recent Statistics and Trend Analysis of the Illicit Drug Market. In: *World Drug Report 2014*. Viena: United Nations, 2014. p. 1.

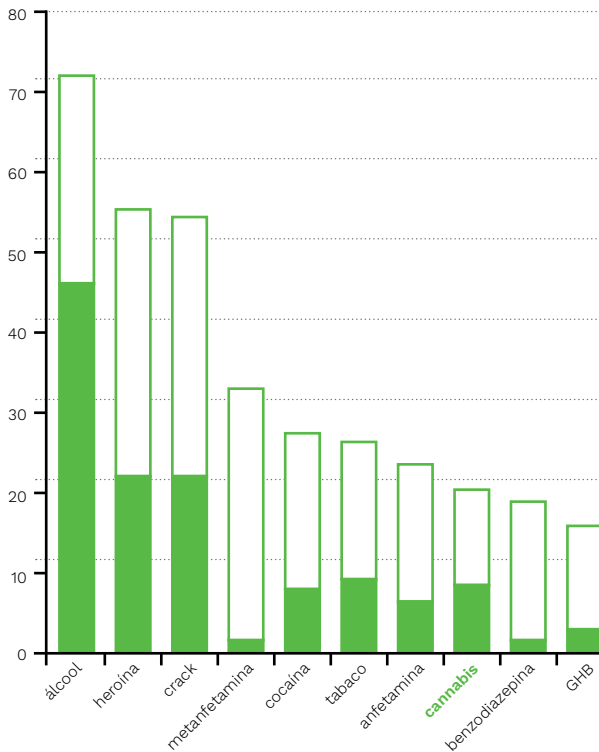
de que a repressão mais atrapalha do que ajuda essas pessoas.

A Lei de Drogas dificulta o acesso de pessoas que fazem uso problemático de drogas ao cuidado e a tratamentos de saúde adequados, além de reforçar o estigma que recai sobre quem usa substâncias ilícitas⁸.

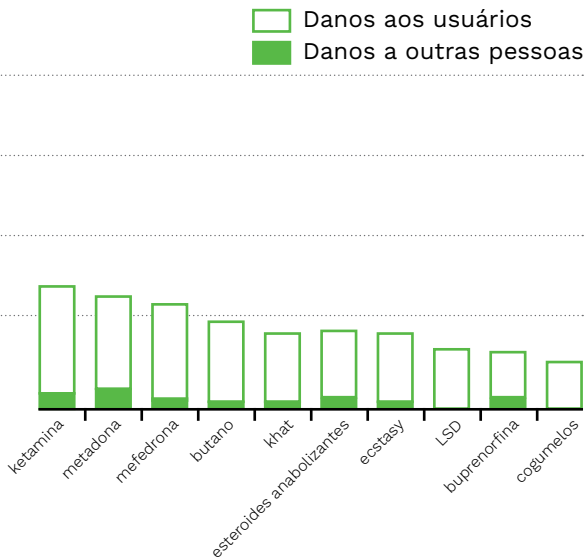
Conhecida pelo alto controle do uso de drogas, com políticas de criminalização de usuários, a Suécia apresenta uma das taxas de morte mais altas da Europa relacionadas ao uso de drogas – e que segue crescente. Enquanto isso, países que descriminalizaram o porte para uso, como Portugal e Espanha, apresentam taxas muito mais baixas e que se mantêm estáveis ou decrescentes. A diferença é tão dramática que na Suécia o número de mortes relacionadas ao uso de drogas por milhão de habitantes foi quase 8,5 vezes maior que o de Portugal em 2016⁹.

⁸ DEGENHARDT, L.; HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*, v. 379, n. 9810, p. 55–70. 2012.

⁹ EMCDDA. *European Drug Report 2017: Trends and Developments*. Lisboa, junho de 2017.



Um estudo publicado na *Lancet*, uma das mais renomadas publicações médicas do mundo, classificou as drogas (lícitas e ilícitas) a partir dos potenciais danos causados a quem as consome



Fonte: David Nutt, Leslie King, Lawrence Phillips, “Drug Harms in the UK: A Multicriteria Decision Analysis,” *The Lancet*, Nov. 1, 2010

Descriminalizar não aumenta significativamente o consumo

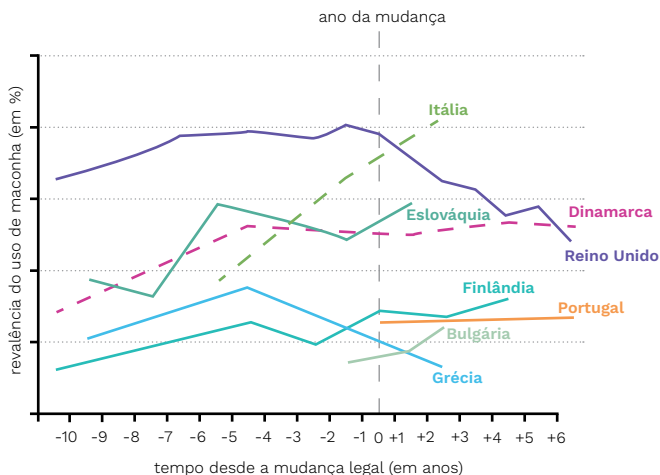
Um levantamento feito pela organização britânica *Release*¹⁰, em 2012, trouxe dados de cerca de 20 países que tornaram suas leis de drogas menos rígidas a partir de modelos diversos, despenalizando ou descriminalizando o uso nas últimas duas décadas. Em nenhum deles houve grandes alterações na proporção de usuários de drogas – tanto para baixo como para cima. A comparação entre países europeus vizinhos, com estruturas socioeconômicas semelhantes, demonstra que criminalizar o consumo de drogas impacta muito pouco na decisão de se consumir drogas ou não.

O gráfico abaixo mostra que não é possível traçar uma relação entre descriminalização e o aumento do consumo, nem o contrário: países com leis mais duras para uso de drogas não necessariamente viram diminuir o número de usuários. Produzido pelo Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e Dependência (EMCDDA) em 2011, o gráfico mostra que países que aumentaram a pena para

¹⁰ Rosmarin, A. & Eastwood, N, *A quiet revolution: drug decriminalization policies in practice across the globe*. Release Drugs: London, 2012.

posse de maconha (linha tracejada) não tiveram diminuição no consumo, e países que descriminalizaram a cannabis (linha completa) não observaram grandes alterações na prevalência do uso.

Prevalência do uso de maconha



A proibição afeta negros e pobres desproporcionalmente

Diversos países que flexibilizaram suas leis de drogas, permitindo, por exemplo, o porte para uso pessoal, adotaram critérios objetivos para diferenciar uso de tráfico, como a quantidade de drogas apreendida. O limite para uma conduta e outra varia de país para país. Na Espanha, por exemplo, é permitido portar até 100 gramas de maconha, enquanto no México, apenas 5 gramas¹¹.

A Lei de Drogas brasileira não determina critérios claros para diferenciar uso de tráfico. O § 2º do artigo 28 da Lei de Drogas se limita a dizer que “o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente”. **Na prática, essa definição é feita na própria abordagem policial e, nos tribunais, muitas vezes os agentes que efetuaram a prisão são as únicas testemunhas ouvidas durante todo o processo. Os juízes consideram a palavra do policial uma espécie de “rainha das provas”** (ver infográfico na p. 50).

¹¹ Carlos, J. Política de drogas e encarceramento em São Paulo, IDPC, 2015.

Ao contrário do que deveria acontecer, no Brasil, a pessoa flagrada com drogas, caso se enquadre no perfil seletivo da justiça penal – ser pobre e não branca (ver página seguinte) – passa a ter o ônus de provar que não é traficante. A comparação entre o número de verbos que descrevem os crimes de posse para uso pessoal (art. 28 da Lei de Drogas) e tráfico (art. 33 da mesma lei) revela parte do problema: são 18 verbos indicadores da conduta de tráfico, incluindo todos os 5 verbos do art. 28 (**adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo**).



QUEM É O TRAFICANTE?

A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro lançou uma pesquisa¹² sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na capital e na região metropolitana do Rio. O levantamento analisou 3.745 casos individuais relacionados a 2.591 processos, entre 2014 e 2015.

¹² Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

91% réus homens

77% sem antecedentes criminais

abordados:

50% sozinhos

57% em flagrantes decorrentes da operação regular da polícia

42% em lugar dito conhecido pela venda de drogas

portando consigo:

48% uma espécie de droga

47% até 10g cocaína

50% até 100g de maconha



Em 62% dos processos, o agente de segurança que efetuou a prisão foi a única testemunha no processo

De acordo com a pesquisa da DPERJ, esses réus têm a maior probabilidade de serem processados pelo artigo 33 ou pelos artigos 33 e 35¹³ em concurso (83%), e de serem condenados integral ou parcialmente (80%) ao cumprimento de pena de 71,09 meses ou de 27,4 meses (tráfico privilegiado¹⁴ em regime fechado (59%).

Por um lado, estabelecer uma quantidade como critério objetivo pode ajudar a reduzir a discricionariedade de policiais, promotores e juízes, que hoje não têm uma referência clara (ou qualquer outro critério) para fazer a distinção entre usuário e traficante.

Porém, a adoção de critérios objetivos, como a quantidade de drogas apreendida, não é consenso. Há quem argumente¹⁵ que a medida

¹³ Associação ao tráfico de drogas.

¹⁴ Na Lei de Drogas, o parágrafo 4º do artigo 33 dispõe sobre o chamado tráfico privilegiado, quando o tráfico de drogas é cometido por pessoas sem antecedentes criminais e que não integram organizações criminosas. As penas nesses casos podem ser reduzidas de um sexto a dois terços.

¹⁵ Posicionamento da PBPD sobre a adoção de critérios objetivos para diferenciar uso e tráfico de drogas. Plataforma Brasileira de Política de Drogas, 2016. Disponível em <http://pbpd.org.br/publicacao/posicionamento-da-pbpd-sobre-a-adocao-de-criterios-objetivos-para-diferenciar-uso-e-trafico-de-drogas/>

não traria impactos significativos ao crescente encarceramento ou, ainda, que poderia incriminar ainda mais pessoas com base apenas no critério de quantidade – já que não há estudos abrangentes sobre padrões de uso e de relação de mercado de drogas no Brasil. Para que a medida tenha algum impacto positivo, alguns especialistas¹⁶ defendem que a presunção absoluta de uso pessoal valha do limite para baixo e que pessoas flagradas com quantidades acima do limite estabelecido não sejam enquadradas automaticamente como traficantes, exigindo-se prova segura de traficância.

Ou seja, no caso de quantidades iguais ou inferiores ao parâmetro que define o uso pessoal, seria obrigatória a tipificação da conduta como posse para uso próprio. Para casos que envolvessem quantidades superiores ao limite estabelecido, a posse para uso seria também presumida, mas relativizada, cabendo às autoridades a demonstração cabal da ação de venda ou de distribuição para que possa haver tipificação por crime de tráfico.

¹⁶ Idem, 2016.


O EXEMPLO MEXICANO

Apesar de ter descriminalizado o porte de drogas para uso pessoal em 2009, o México passou a tolerar quantidades ínfimas de droga, levando a um aumento significativo no número de prisões por tráfico no país. A discussão sobre critérios objetivos, portanto, não deve ficar restrita à busca pela distinção jurídica entre usuários e traficantes de drogas ilícitas. Seu objetivo paralelo é interromper a prisão de usuários enquadrados como traficantes, sobretudo de jovens negros e pobres e mulheres (ver tabela na p. 51).



PLS 115/2017

Em 2017, foi apresentado no Senado Federal o PLS 115/2017, de autoria do senador Valdir Raupp (MDB-RO), que propõe a descriminalização das drogas e vincula obrigatoriamente à acusação de tráfico de drogas a comprovação de finalidade comercial. O projeto também prevê a progressão automática de regime e a substituição da pena de prisão por medidas alternativas para crimes ligados a drogas. O texto foi baseado no projeto “16 medidas contra o encarceramento em massa”, um caderno com propostas legislativas produzido pelo Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), Pastoral Carcerária, Associação Juízes para a Democracia (AJD) e o Centro de Estudos em Desigualdade e Discriminação da UnB. Acesse: www.ibccrim.org.br/desencarceramento/



**Por que precisamos
legalizar as drogas?**

Proibir gera mais violência

O aumento da repressão às drogas alimenta um ciclo vicioso, servindo de incentivo para que traficantes se armem mais e ajam com mais violência para manter o controle do mercado ilícito. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015, o Brasil teve 279.567 vítimas de mortes violentas intencionais¹⁷, parte delas explicada pelas dinâmicas do controle do varejo de drogas. A título de exemplo, a guerra na Síria registrou 256.124 mortos entre março de 2011 e dezembro de 2015¹⁸. A política de combate às drogas também intensifica o quadro de violência cometida por agentes públicos de segurança no país: entre 2009 e 2016, quase 22 mil pessoas foram mortas pela polícia¹⁹.

Os critérios internacionais utilizados para medir a eficácia das políticas de droga ao redor do mundo são, principalmente, a quantidade de drogas apreendidas, a erradicação de plantações ilegais e o encarceramento de produtores e traficantes. As métricas se apoiam em estratégias repressivas, que não diminuem a sensação de insegurança nem afetam o consumo e a comercialização de substâncias ilícitas.

¹⁷ Atlas da Violência, 2017

¹⁸ Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2016.

¹⁹ Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

Pelo contrário: a retórica da guerra às drogas se revela, no plano real, uma guerra contra as pessoas. Em nome dela, milhares são mortos e encarcerados todos os anos, sobretudo em regiões marginalizadas, como periferias e favelas.

O caso da proibição da maconha é um bom exemplo, como apontam J Rehm e B Fisher, em artigo publicado na *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, em 2015: “Na perspectiva de saúde pública, considerando os danos de um modo geral, a maconha apresenta baixos riscos quando comparada às outras substâncias. [...] sob o sistema de proibição, as leis e a justiça relacionadas à maconha resultam num extenso custo, altos níveis de encarceramento e de antecedentes criminais na população. Em muitos países, a maconha se constitui como foco primeiro do sistema de justiça, encarcerando desproporcionalmente indivíduos marginalizados”.

A proibição custa muito caro

Relatórios internacionais indicam que, só em 2017, o mercado internacional de drogas gerou entre 426 e 652 bilhões de dólares. Para efeitos comparativos, o PIB brasileiro no 1º trimestre daquele ano foi de 493,8 bilhões de dólares.

As cifras bilionárias geradas pelo tráfico internacional de drogas não são taxadas, e os custos para manter a política repressiva contra as drogas superam milhões por operação. Só a ocupação da Favela da Maré pelas Forças Armadas no Rio de Janeiro, por exemplo, custou cerca de 600 milhões de reais em pouco mais de um ano²⁰. O Exército gastou no primeiro mês de intervenção federal, decretada em fevereiro de 2018 no estado fluminense, quase R\$ 10 milhões.²¹ A manutenção desse modelo custa muito aos cofres públicos e os resultados esperados para tamanho investimento – a redução da demanda e o desmantelamento das redes de tráfico de drogas – não foram nem serão conquistados dessa forma.



COLORADO E O MERCADO LEGAL DE CANNABIS

Em 2014, o Estado do Colorado, nos EUA, legalizou a maconha para fins recreativos – o uso medicinal é permitido no Estado desde

²⁰ Na Maré, ocupação militar custou o dobro dos gastos sociais nos últimos seis anos”, O Estado de S. Paulo, 3/07/2015.

²¹ Exército gastou R\$ 9,8 mi em operações no 1º mês de intervenção. UOL. 05/06/2018

2000. Um ano após a mudança, a venda para uso social e terapêutico superou 700 milhões de dólares. Com a regulamentação, o mercado de cannabis passou a ser taxado, somando quase 248 milhões de dólares em impostos só em 2017. Os recursos arrecadados com o mercado legal de maconha têm financiado políticas de educação e de saúde pública.

Total de impostos e taxas cobrados sobre o mercado regulado de maconha no Colorado²²

ano	receitas (em US\$)
2014	67.594.323
2015	130.411.173
2016	193.604.810
2017	247.368.473
2018 (jan – mar)	63.688.122

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


²² Marijuana Tax Data, Colorado Department Of Revenue. Dados compilados até abril/2018

decorrente da morte de jovens, tudo leva à conclusão de que o atual modelo de segurança – do qual a proibição das drogas é um eixo central – não tem sido eficaz. Um estudo da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República²³, mostrou que esses custos cresceram de forma substancial entre 1996 e 2015, saindo de cerca de R\$ 113 bilhões para R\$ 285 bilhões. Isso equivale a um incremento real médio de cerca de 4,5% ao ano na área.

Em 2015, os componentes do PIB, em ordem de relevância, eram: segurança pública (1,35% do PIB); segurança privada (0,94% do PIB); seguros e perdas materiais (0,8% do PIB); custos judiciais (0,58% do PIB); perda de capacidade produtiva (0,40% do PIB); encarceramento (0,26% do PIB); e custos dos serviços médicos e terapêuticos (0,05% do PIB), alcançando um total de 4,38% da renda nacional. Embora tenha ocorrido um aumento tão substancial de gastos públicos em segurança, no mesmo período o número total de homicídios no país subiu de 35 mil para 54 mil por ano.

²³ Relatório de Conjuntura nº 4: Custos econômicos da criminalidade no Brasil. Secretaria de Assuntos Estratégicos, Presidência da República. Junho de 2018.

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

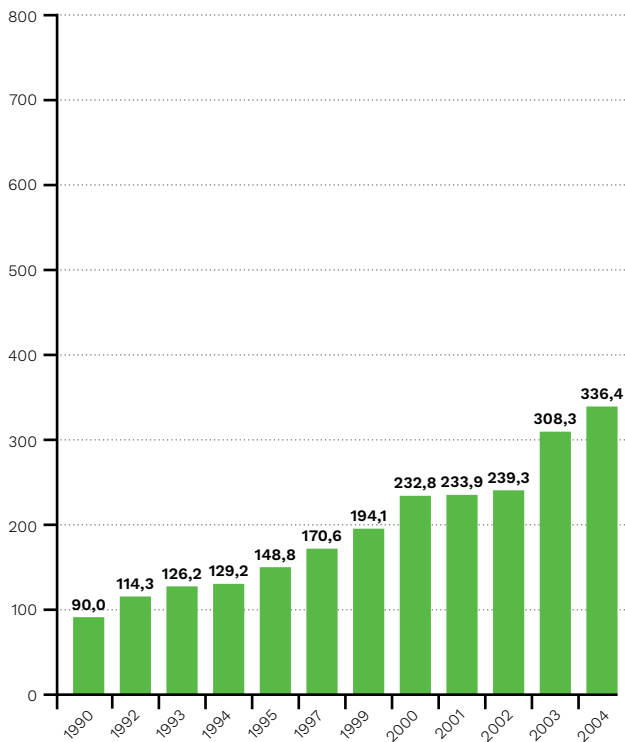


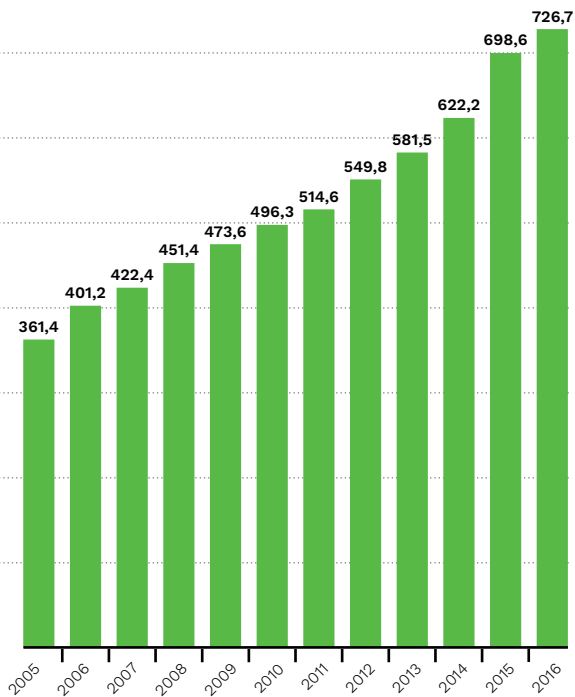
A proibição está superlotando as prisões

A Lei de Drogas é uma das principais responsáveis pelo aumento vertiginoso no número de prisões no Brasil, que alçou sua população carcerária à terceira maior do mundo em 2017.

Depois da aprovação da Lei de Drogas, em 2006, o número de presos no país cresceu 81%, chegando a mais de 726 mil pessoas em 2016 – incluindo os 40% de presos provisórios. 74% deles são negros e 45% não concluíram o ensino fundamental, de acordo com o Infopen de 2017.

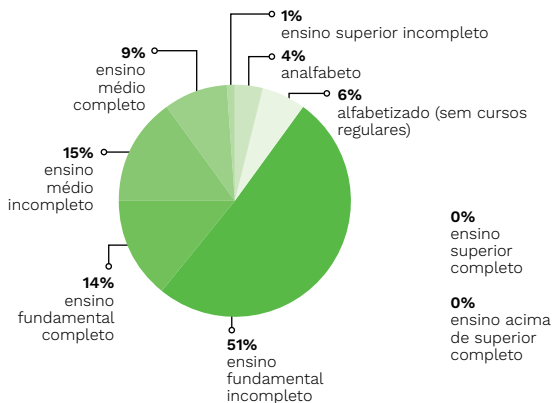
Evolução das pessoas privadas de liberdade entre 1990 e 2016



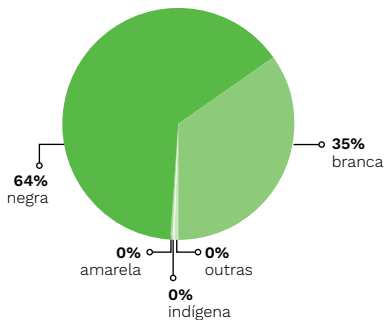


Fonte: Infopen 2017

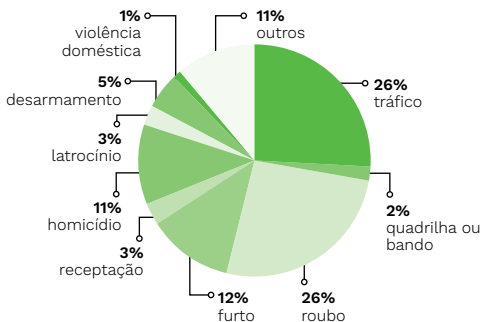
Escolaridade das pessoas privadas de liberdade no Brasil



Raça, cor ou etnia das pessoas privadas de liberdade



Distribuição dos crimes tentados e consumados entre os registros das pessoas presas



Fonte: Infopen 2017

26% desse total de pessoas presas responde por crimes relacionados a drogas e, entre as mulheres privadas de liberdade, o número chega a 62%. Pesquisas mostram que a maior parte das pessoas que cumprem pena por tráfico de drogas estavam desarmadas, sozinhas e portavam baixas quantidades de droga (entre 10 e 15 gramas) no momento da prisão.

Das prisões realizadas:



87%

ocorreram em patrulhamento da PM



82%

ocorreram na via pública

Das pessoas presas:



97%

estavam desarmadas



69%

estavam sozinhas

Fonte: NEV/USP, 2011

Com as celas abarrotadas (déficit de mais de 358 mil vagas) e a ausência de políticas que garantam os direitos mais básicos das pessoas presas, facções criminosas passaram a disputar com o Estado o controle das prisões. Tendo o comércio de drogas como uma de suas principais atividades econômicas, organizações criminosas só se fortalecem com a

proibição das drogas, já que suas receitas não são tributadas e a superlotação dos presídios facilita a arregimentação de pessoas para o chamado crime organizado.

país	limite (em g)	% de pessoas na amostra que não teriam sido presas se o critério fosse utilizado no Brasil
Bélgica	3	9
México	5	9
Holanda	5	9
Rússia	6	9
Austrália (limite inferior)	15	15
Paraguai	10	12
República Tcheca	15	15
Portugal	25	29
Estados Unidos	28,45	34
Austrália (limite superior)	50	41
Espanha	100	54

Pesquisa feita em 2011 com 1.040 pessoas presas em flagrante na cidade de São Paulo constatou que as quantidades de cocaína e maconha apreendidas seriam toleradas em países que adotaram critérios de quantidade para diferenciar uso pessoal de tráfico de drogas, como mostra a tabela acima.

Um levantamento de 2018²⁴ também mostrou que metade das prisões por tráfico de maconha no Estado de São Paulo entre 2015 e 2017 foi por até 40 gramas da erva, equivalente a dois bombons. A pesquisa analisou cerca de 200 mil ocorrências. **No caso da cocaína, a mediana do peso apreendido foi de 21,6 gramas (três sachês de ketchup) e nas prisões por crack, o porte era de 9,4 gramas (dois sachês de açúcar).** São Paulo concentra um quarto das ocorrências de drogas no país e é o estado com a maior população carcerária do Brasil.

²⁴ DROGAS E POLÍCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO: um raio-x das apreensões de drogas segundo ocorrências e massa. Instituto Sou da Paz, 2018.

MEDIANA DO PESO APREENDIDO

cocaína: 21,6g

= 3 sachês de ketchup



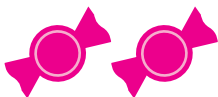
crack: 9,4g

= 2 sachês de açúcar



maconha: 39,8g

= 2 bombons



Fonte: Instituto Sou da Paz, 2018

A proibição acaba institucionalizando o racismo

Um efeito inegável da proibição das drogas é que populações negras e comunidades mais pobres são atingidas de maneira desproporcional pela repressão, embora tanto o tráfico quanto o consumo de drogas ocorram em todas as classes sociais.

As disputas territoriais pelo mercado ilegal de drogas também afetam o cotidiano das comunidades e periferias, que se tornaram palco de confrontos periódicos entre facções rivais e a polícia. A militarização dos territórios pobres, como a implementação das UPPs, no Rio de Janeiro, ou a presença das Forças Armadas em favelas cariocas, antes mesmo da intervenção federal decretada em 2018 no Rio, também contribuem para o quadro de violência no país. Até julho de 2017, 632 mortes por bala perdida foram registradas no estado do Rio de Janeiro²⁵, a maior parte em áreas carentes. Só em 2018, 15 crianças foram atingidas por balas perdidas na capital fluminense²⁶.

²⁵ Estado já teve 632 vítimas de balas perdidas em 2017. O Globo, 06/07/2017. Disponível em <https://oglobo.globo.com/rio/estado-ja-teve-632-vitimas-de-balas-perdidas-em-2017-21558941>

²⁶ Fogo Cruzado

No Brasil, um dos efeitos da política de combate às drogas é o aumento da letalidade policial. De 2009 a 2016, quase 22 mil pessoas foram mortas pela polícia, de acordo com números oficiais. 76% delas eram negras, 99,3% eram homens e 81,8% tinham entre 12 e 29 anos²⁷. A guerra às drogas tem afetado, portanto, a juventude negra do país, e a abordagem policial, normalmente feita de forma ostensiva em periferias e comunidades brasileiras, é bastante seletiva, enquadrando usuários de droga como traficantes pelo simples fato de serem negros, pobres e moradores de regiões marginalizadas.

Um estudo conduzido pela socióloga Jacqueline Sinhoretto, da Universidade Federal de São Carlos²⁸, constatou que no Estado de São Paulo, as ações policiais vitimam três vezes mais negros do que brancos quando se considera a proporcionalidade entre brancos e negros na população paulista. A pesquisa também mostrou que o modo de vigilância das polícias, sobretudo a militar, opera de modo racializa-

²⁷ ANUÁRIO Brasileiro de Segurança Pública 2016. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, São Paulo, 2017

²⁸ SINHORETTO, J.; SILVESTRE, G.; SCHLITTLER, M. C. Desigualdade racial e segurança pública em São Paulo: letalidade policial e prisões em flagrante. Sumário executivo. São Paulo, UFSCar-GEVAC, 2014.

do: “enquanto que para cada 100 mil habitantes brancos 14 são presos, para cada 100 mil habitantes negros 35 são presos”, aponta o estudo. Por outro lado, só em 2016, 453 policiais civis e militares foram assassinados no país, um crescimento de 23% em relação ao ano anterior. Os números ajudam a explicar as razões pelas quais o Brasil registrou 61.283 mil mortes violentas intencionais em 2016²⁹.

Um levantamento feito pelo jornal Folha de S. Paulo³⁰ constatou que a pena por tráfico de drogas no Rio de Janeiro é quase duas vezes maior do que a aplicada pela justiça de São Paulo. A causa está na dupla condenação por tráfico (art. 33 da Lei de Drogas) e associação ao tráfico (art. 35), normalmente relacionada ao local onde foi feita a apreensão. “Um estudo da Defensoria Pública do Estado do Rio que analisou 3.745 processos de tráfico de 2014 e 2015 revela que, em 75% dos casos que somam os dois crimes, a justificativa foi o fato de o local da apreensão ser dominado por facção criminosa”, aponta a reportagem.

²⁹ ANUÁRIO Brasileiro de Segurança Pública 2016. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, São Paulo, 2017

³⁰ Morar em favela do Rio é agravante em condenação por tráfico de drogas”. Folha de S. Paulo, 27 de abril de 2018

LETALIDADE POLICIAL NO BRASIL

4.222

pessoas mortas em decorrência de intervenções de policiais civis e militares



crescimento de **25,8%** em relação a 2015

21.892 pessoas perderam suas vidas em ações policiais entre 2009 e 2016

perfil dessas pessoas

99,3%

são homens

81,8%

têm entre 12 e 29 anos

76,2%

são negras

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017



COMO A PROIBIÇÃO ENFRAQUECE A JUSTIÇA?

A forma como o sistema de justiça criminal opera hoje dá legitimidade ao discurso e às consequências da guerra às drogas. É um ciclo que começa com a autoridade policial e, depois, o Ministério Público (MP) tem um papel central no destino dado a um inquérito, já que, como titular da Ação Penal Pública, pode transformá-lo em uma denúncia ou em um relatório a ser arquivado. Ou seja, se hoje o tráfico de drogas é a terceira maior causa de aprisionamento no país, é porque Polícia e Ministérios Públicos apontam esse crime com alta frequência. Por sua vez, ao julgar, o Poder Judiciário mais condena do que absolve (ou desclassifica a acusação a pedido da defesa, mudando o crime a ser verificado). E, ainda, fundamenta decisões mantendo o crime de tráfico com base na “presunção” apontada pela Polícia e reforçada pelo Ministério Público, ainda que se trate de quantidades pequenas de drogas. Fechando o ciclo, na maior parte dos processos por tráfico, as únicas testemunhas ouvidas durante todo o processo são os

próprios policiais que realizaram a prisão em flagrante (média de 62%, na cidade do Rio de Janeiro de 2014 a 2016)³¹.

A reflexão sobre a frequente concórdia entre Polícia e Ministério Público levanta a questão sobre o dever constitucional de fiscalizar a atividade policial, que cabe ao Ministério Público. No entanto, são inúmeras as denúncias de violação de direitos humanos e execuções cometidas pela Polícia Militar, sobretudo nas abordagens feitas em periferias, que seguem sem apuração.

PLS 114/2017

A criação e o fortalecimento de instâncias de controle externo de instituições do sistema de justiça já foram propostas no PLS 114/2017, inspirado no projeto “16 medidas contra o encarceramento em massa”. Acesse www.ibccrim.org.br/desenarceramento.

³¹ Pesquisa sobre as sentenças judiciais por tráfico de drogas na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

A Lei de Drogas é muito nociva às mulheres e desestrutura famílias

As mulheres são um dos principais grupos afetados pela proibição das drogas. Com raríssimas exceções, elas normalmente ocupam um papel coadjuvante no crime, sendo responsáveis principalmente pelo transporte de drogas e pelo pequeno comércio de substâncias ilegais³².

De acordo com a 2ª edição do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – Infopen Mulheres, publicada pelo Ministério da Justiça em 2018, 62% das mulheres estão encarceradas por crimes relacionados ao tráfico de drogas, o que significa dizer que 3 em cada 5 mulheres presas respondem por crimes ligados ao tráfico. Ainda, o levantamento aponta que metade das mulheres privadas de liberdade são jovens, 62% são negras, 66% não tiveram acesso ao ensino médio e em sua maioria são mães (74%).

A prisão de mulheres tem características próprias, muitas vezes ignoradas pelo sistema de justiça criminal e também pelas estatísticas, já que há poucos dados atualizados sobre o perfil da população prisional feminina. Estabelecimentos mistos são comuns e, não raro,

³² Boiteux, Mujeres y encarcelamiento por delitos de drogas, 2015.

as prisões femininas são adaptadas a partir de um modelo feito para receber homens.

O Brasil é signatário das Regras de Bangkok, tratado da ONU que recomenda penas alternativas à prisão de mulheres para prevenir seu afastamento da família. A norma internacional também prevê que mulheres com filhos de até 12 anos possam cumprir prisão domiciliar. Em 2018, o STF reforçou esse entendimento, fazendo valer o Marco Legal da Primeira Infância, que dois anos antes alterou o Código de Processo Penal com medidas que visam garantir o desenvolvimento integral de crianças entre zero e doze anos de idade.

Em 2016, a Suprema Corte brasileira também reafirmou o afastamento da hediondez do tráfico privilegiado de drogas (quando esse crime é cometido por pessoas sem antecedentes criminais e que não integram organizações criminosas. As penas podem ser reduzidas de um sexto a dois terços, segundo a Lei de Drogas). Uma vez afastada a hediondez, os acusados e condenados por tráfico privilegiado poderão obter com mais facilidade liberdade provisória, fiança, sursis, graça, anistia e indulto – possibilidades que são vedadas para os crimes rotulados como hediondos ou a estes equiparados, como o tráfico de drogas. Essa medida pode beneficiar sobretudo as mulheres presas, que normalmente se encaixam nesse perfil.

A proibição faz mal para a saúde

Artigo publicado por Csete et. al. (2016) na revista *Lancet*³³, uma das mais conceituadas publicações científicas sobre saúde e medicina, constatou: “Políticas destinadas a proibir ou suprimir fortemente as drogas apresentam um aparente paradoxo. Os formuladores de políticas dizem que elas são necessárias para preservar a saúde e segurança públicas. Ainda assim, elas fazem aumentar, direta ou indiretamente, a violência letal, doenças, discriminação, migração forçada, a injustiça e o enfraquecimento do direito das pessoas à saúde.”

De forma semelhante, o *British Medical Journal*, da Associação Britânica de Medicina, destacou em seu editorial, em 2016³⁴: “A ideologia de um ‘mundo sem drogas’ encoraja uma prática de saúde orientada pela mesma ideologia. [As políticas de controle de drogas] impedem a realização de pesquisas sobre o uso medicinal da *cannabis* e de outras drogas

³³ Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., ... Beyrer, C. (2016). Public Health and International Drug Policy: Report of the Johns Hopkins – Lancet Commission on Drug Policy and Health. *Lancet* (London, England), 387(10026), 1427–1480. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

³⁴ The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. *BMJ* 2016; 355:i6067

proibidas, mesmo com evidências já provadas cientificamente de potencial benefício”. Em 2018, a publicação foi além: em novo editorial, afirmou que as drogas “devem ser legalizadas, reguladas e taxadas”³⁵.

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

Sem contar os custos humanos e sociais da guerra às drogas, responsável por inserir milhares de pessoas (majoritariamente negras e pobres) no sistema penitenciário brasileiro – um “estado de coisas inconstitucional”,

³⁵ Drugs should be legalised, regulated, and taxed. BMJ 2018;361:k2057

segundo o STF³⁶. Para ilustrar o cenário, dados do Ministério da Saúde de 2014 mostraram que pessoas presas tinham, em média, 28 vezes mais chance de contrair tuberculose do que a população em geral. E é em nome do combate às drogas que se abrevia a vida de milhares de brasileiros, sobretudo jovens e do sexo masculino, vítimas de uma política de drogas que tenta, sem sucesso, dissolver os mercados ilegais de droga – a qualquer custo.



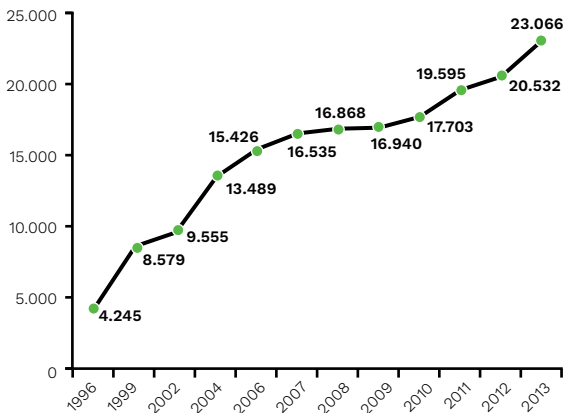
DROGAS E O SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

No sistema socioeducativo brasileiro, destinado a atender adolescentes em situação de conflito com a lei, os números não são tão diferentes da realidade do sistema penitenciário do país: o tráfico de drogas corresponde a 22% dos atos infracionais cometidos por adolescentes no Brasil, segundo dados do Sistema Nacional De Atendimento Socioeducativo (Sinase) publicados em 2018. É a segunda maior causa para internação de ado-

³⁶ ADPF 347

lescentes no sistema socioeducativo, através de roubo (47%). Curiosamente, a súmula 492 do Superior Tribunal de Justiça (STJ) afirma que “o ato infracional análogo ao tráfico de drogas, por si só, não conduz obrigatoriamente à imposição de medida socioeducativa de internação do adolescente”. Na prática, porém, a internação é regra.

Evolução de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa – Brasil, 1996 – 2013



Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015.

**Por que precisamos
garantir o acesso à
maconha para fins
terapêuticos?**

Os riscos de regulamentar a maconha medicinal são muito pequenos

A maconha é a droga ilícita mais consumida no mundo, com mais de 180 milhões de usuários, de acordo com a Organização Mundial da Saúde³⁷. Por isso mesmo, você já deve ter ouvido que a maconha é a “porta de entrada” para outras drogas. Isso ainda não pode ser comprovado cientificamente³⁸. Na prática, muitas vezes o que acontece é a hierarquização das substâncias na hora de experimentá-las. É raro encontrar alguém que tenha começado a usar cocaína, por exemplo, sem ter antes experimentado álcool ou cigarro. Por ser mais barata e disponível, a maconha muitas vezes é a primeira droga ilícita a ser consumida pelas pessoas, que podem ou não provar outras substâncias a partir do uso de maconha.

A *National Academy of Sciences* estimou que 9% dos usuários de maconha adultos mostram em algum momento da vida sintomas de dependência, um percentual menor do que o atribuído à dependência de álcool (15%) e cigarros (32%).

³⁷ The health and social effects of nonmedical cannabis use. Organização Mundial da Saúde, 2016. http://www.who.int/substance_abuse/publications/msbcannabis.pdf?ua=1

³⁸ MCCUTCHEON, J. C.; WATTS, S. J. An Examination of the Importance of Strain in the Cannabis Gateway Effect. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2017 Sept.

Não é possível ter uma overdose de maconha, mas o uso regular da erva pode aumentar a incidência de doenças como asma e bronquite. A fumaça da maconha tem substâncias cancerígenas em quantidade semelhante à do tabaco, mas três estudos de revisão recentes não encontraram associação entre consumo da droga e câncer de pulmão – mesmo no uso frequente em longo prazo^{39, 40 e 41}. O uso de maconha também é desaconselhado para pessoas com predisposição genética à esquizofrenia, pois o consumo pode induzir a um surto psicótico e disparar o aparecimento do transtorno. Seu uso também não é recomendado para mulheres grávidas nem para crianças ou adolescentes.

A maconha é utilizada para fins terapêuticos há milhares de anos, com registros históricos dessa prática datados de mais de 2 mil a.C., na Ásia Central. Desde então, a planta foi

³⁹ YAYAN, J.; RASCHE, K. Damaging Effects of Cannabis Use on the Lungs. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2016; 952:31-4. Disponível em: <<https://goo.gl/LrCvSq>>.

⁴⁰ MEHRA, R.; MOORE, B. A.; CROTHERS, K.; TETRAULT, J.; FIELLIN, D. A. The Association between Marijuana Smoking and a Lung Cancer: A systematic review. *Arch Intern Med.* 2006; 166(13):1359-67. Disponível em: <<https://goo.gl/EvcfQ>>.

⁴¹ HUANG, Y. H. J.; ZHANG, Z. F.; TASHKIN, D. P.; FENG, B.; STRAIF, K.; HASHIBE, M. An Epidemiologic Review of Marijuana and Cancer: An update. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, Jan. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/eVZFUq>>.

alvo de inúmeras regulamentações, nacionais e internacionais, sendo oficialmente proibida no Brasil em 1921.

Ao ser proibida, porém, a *cannabis* já era utilizada como tratamento para diversas doenças e sintomas. Seu uso para fins terapêuticos se popularizou no Ocidente entre o século XIX e a segunda metade do século seguinte, quando novos fármacos foram criados e as primeiras leis, dentro e fora do Brasil, proibiram seu uso.

No final do século XX, no entanto, as pesquisas sobre o uso terapêutico da maconha ganharam novo fôlego com a descoberta do sistema endocanabinóide, em 1992, responsável por influenciar processos metabólicos e fisiológicos do corpo humano (veja box na página seguinte). Os canabinóides mais conhecidos da maconha, o THC e o CBD, reagem diretamente com esse sistema, que pode ser reequilibrado caso haja alguma deficiência ou disfunção, como no caso da epilepsia.

SISTEMA ENDOCANABINÓIDE

Relaxar, comer, dormir, esquecer e proteger: de forma resumida, essas são as principais ações controladas pelo sistema endocanabinóide, que regula a parte neurológica do corpo humano e influencia uma série de processos fisiológicos, como a dor, memória e reações imunes e alérgicas.

Foi em 1992 que o pesquisador israelense Raphael Mechoulam publicou as primeiras pesquisas sobre esse sistema, cujo nome, em homenagem à *cannabis*, foi cunhado após o isolamento e a sintetização do THC em laboratório. Anos mais tarde, o cientista descobriu que o nosso corpo produz seus próprios canabinóides, como a anandamida, que interagem diretamente com o sistema, ajudando-o em seu equilíbrio. Nesta época, as pesquisas sobre a *cannabis* para fins terapêuticos contou com a contribuição do cientista brasileiro, Prof. Elisaldo Carlini, um dos pioneiros no mundo nessa área juntamente com o Prof. Mechoulam.

Doenças e sintomas que podem ser tratados pela maconha

- ✓ Autismo
- ✓ Alzheimer
- ✓ Câncer (sintomas e causas)
- ✓ Dependências
- ✓ Doença de Parkinson
- ✓ Doenças gastrointestinais (Crohn, Colites)
- ✓ Dores crônicas
- ✓ Epilepsia
- ✓ Espasmos musculares
- ✓ Insônia
- ✓ Náusea e vômitos (durante quimioterapia e tratamento para AIDS)
- ✓ Neuropatias

USO TERAPÊUTICO DE MDMA E AYAHUASCA

Pesquisas recentes, inclusive no Brasil, vêm mostrando os potenciais terapêuticos de outras drogas ilícitas, como o MDMA (princípio ativo do *ecstasy*) no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)⁴², doença causada por fortes traumas psicológicos. Nos EUA, algumas terapias já utilizam a substância para tratar ex-soldados de guerra. No Brasil, a Justiça autorizou em 2018 a importação do MDMA para a realização de estudos sobre TEPT.

Já a *ayahuasca*, bebida utilizada sobretudo em práticas religiosas e tradicionais e que contém DMT (dimetiltriptamina), tem se mostrado promissora no tratamento de depressão e alcoolismo, com pesquisas realizadas em algumas universidades brasileiras. O uso da *ayahuasca* para fins ritualísticos está legalmente assegurado por uma decisão de 2010 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.

⁴² BURNS, J. FDA Designates MDMA as “Breakthrough Therapy” for Post-Traumatic Stress. *Forbes*, Aug. 28, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/aKmemR>>.

Vários países no mundo vêm legalizando a maconha

Diversos países têm tolerado a maconha em suas legislações. Seja descriminalizando o porte da erva, seja regulando toda a cadeia comercial de *cannabis*, o fato é que a maconha tem sido cada vez mais aceita em estados e países no mundo todo. Só nos EUA, país que investiu e instituiu a agenda de combate às drogas globalmente, nove estados já legalizaram a maconha e mais de 30 autorizam seu uso para fins terapêuticos.

Vamos conhecer abaixo exemplos de países e estados norte-americanos que flexibilizaram suas leis para o porte de maconha e também de outras drogas.

Holanda: o dilema da “porta dos fundos”

Apesar de ser mundialmente conhecida como o país que “legalizou a maconha”, a Holanda nunca regulou o mercado de *cannabis* — apenas passou a tolerar o consumo da erva em condições, quantidades e em locais específicos, como dentro de *coffee shops*, por exemplo. Essas lojinhas podem vender até 5 gramas

por pessoa e ter em estoque até 500 gramas. Há também outras restrições, como não poder estar perto de escolas nem ter publicidade. O problema é que o cultivo e a venda de maconha não são legalizados no país, então como abastecer os estabelecimentos autorizados a comercializar a erva? A essa contradição foi atribuída a metáfora da “porta dos fundos”: enquanto a “porta da frente” pode comercializar livremente a maconha, o fornecimento da planta para os *coffee shops* ainda se dá por meios ilegais.

Uruguai: quando o Estado é o fornecedor

O Uruguai foi o primeiro país do mundo a legalizar a maconha, tendo o Estado como o único fornecedor autorizado da erva. Hoje apenas cidadãos uruguaios ou residentes permanentes podem ter acesso legal à maconha, de três maneiras diferentes: cultivo doméstico (até seis plantas por pessoa), associação em clubes canábicos (que podem ter entre 15 e 45 membros) ou a compra em farmácias registradas (10 gramas por semana ou 40 mensais, com custo de cerca de R\$ 4 o grama). O controle dos cultivos e a distribuição da maconha em farmácias ficam

a cargo do Estado, que registra os usuários cadastrados com biometria. Hoje, são mais de 34 mil pessoas habilitadas a acessar a maconha de forma regulada. Dessas, 23.161 retiram nas farmácias e 8.418 são autocultivadoras. No país, há 90 clubes canábicos, com 2.529 membros⁴³. Os números, porém, representam apenas 23% do total de pessoas que consomem maconha no país, aponta o relatório apresentado pelo governo uruguaio em abril de 2018.

Espanha: o limbo dos clubes canábicos

Na Espanha, o cultivo e o consumo de maconha para fins recreativos não são ilegais, desde que sejam feitos em ambientes privados. Na década de 1990, o país viu crescer o número de clubes canábicos, associações sem fins lucrativos cujos membros podem retirar por mês até 20 gramas de maconha. Nesses espaços, a venda é ilegal e novos associados só podem ser indicados por membros mais antigos, a não ser que seja usuário uso terapêuti-

⁴³ Mercado regulado del cannabis. Instituto de Regulación y Control del Cannabis, abril de 2018. Disponível em <https://www.ircca.gub.uy/wp-content/uploads/2018/05/InformeMercadoReguladoCannabis-05abr2018.pdf>.

co de *cannabis*. Para se associar é necessário ser maior de idade e consumidor habitual da erva. Apesar de populares, essas associações não são reguladas e, não raro, donos e representantes de clubes enfrentam processos, apreensão da colheita e até prisões.

Israel: amplo acesso à maconha medicinal

No final de 2017, Israel descriminalizou o uso de maconha para fins recreativos, adotando um modelo semelhante ao de Portugal: o usuário flagrado com drogas paga uma multa e só é indiciado se for apreendido com maconha reiteradas vezes. O uso terapêutico já era permitido no país, onde o pesquisador Raphael Mechoulam publicou as primeiras descobertas sobre o sistema endocanabinoide (ver p. 70). Potência na pesquisa da *cannabis* medicinal, Israel hoje financia dezenas de pesquisas no campo e já há um mercado consolidado ao redor do uso medicinal, com laboratórios e farmácias autorizadas a produzir e comercializar produtos para fins terapêuticos.

Colorado, Washington e Califórnia: voltando atrás no modelo proibicionista

Apesar de terem financiado a guerra às drogas e terem sido os porta-vozes do discurso antidrogas por décadas, os EUA já têm nove estados com maconha legalizada para fins recreativos. Em 2014, o estado do Colorado se tornou o primeiro do país a legalizar a maconha. Moradores maiores de idade têm direito à compra de até 28 gramas por dia e pessoas de fora, norte-americanas ou não, podem comprar até cerca de 7 gramas da erva em lojas autorizadas (também chamadas de dispensários). Ao Estado, cabe taxar a venda de maconha — mercado que já provou ser milionário e cujos impostos têm financiado áreas sociais, sobretudo a educação. Modelo semelhante pode ser observado em Washington D.C., que, apesar de não permitir a venda de maconha, autoriza que pessoas portem até 60 gramas da erva, compartilhem até 30 gramas e cultivem até seis plantas. O consumo também deverá ser feito em locais privados.

Um relatório lançado em 2018⁴⁴ pela organização *Drug Policy Alliance* analisou o cenário pós-legalização em alguns estados dos EUA que

⁴⁴ From Prohibition to Progress: A Status Report on Marijuana Legalization. DPA, 2018. Disponível em <http://www.drugpolicy.org/legalization-status-report>

flexibilizaram suas leis para *cannabis*. Apesar de ter diminuído de forma significativa o número de processos por delitos relacionados à maconha (redução de 98% entre 2012 e 2015), Washington não conseguiu mitigar a sobrerrepresentação de negros em relação a brancos na justiça criminal, mesmo por crimes ligados à maconha. A publicação mostra que em Washington negros têm quatro vezes mais chance de serem detidos por posse de maconha do que brancos.



CALIFÓRNIA: UMA REGULAÇÃO MAIS INCLUSIVA

A Califórnia foi o mais recente estado norte-americano a legalizar a maconha para uso recreativo — o uso terapêutico já havia sido regulado em 1995, incluindo o cultivo. Assim como no Colorado, lojas autorizadas podem vender a erva para maiores de 21 anos, locais ou não. O governo da Califórnia, porém, pensou um modelo de regulação que incluísse nos mercados legais as pessoas envolvidas no varejo até então clandestino. Além de anistiar pessoas condenadas por tráfico de maconha (jovens negros e pobres, sobretudo), cidades como Oakland,

por exemplo, criaram programas de incentivo para que pessoas com poucos recursos ou impossibilitadas de começar um negócio por já terem se envolvido em crimes relacionados à maconha consigam ser inseridas no mercado, agora legal, de *cannabis*.

Canadá: primeiro país do G7 a legalizar a maconha

O Canadá vem se preparando para legalizar a maconha para fins recreativos ainda em 2018. O uso terapêutico já é garantido no país desde 2014, movimentando um mercado anual de US\$ 2 bilhões⁴⁵. A lei C-45 foi aprovada no Senado canadense e será apreciada pela Câmara dos Comuns, onde o primeiro-ministro Justin Trudeau tem grande apoio dos parlamentares. A legalização da maconha, aliás, foi uma das promessas de campanha do político. Ainda não está definido o modelo de regulação a ser adotado, mas o país pretende regular o autocultivo e autorizar empresas para que iniciem a produção de maconha. Às províncias, caberá definir, por exemplo, a distribuição local e os locais autorizados a vender a erva.

⁴⁵ Deloitte 2018 cannabis report. Disponível em <https://www2.deloitte.com/ca/en/pages/consulting/articles/deloitte2018cannabisreport.html>

Como funciona hoje no Brasil?

A importação de remédios com canabidiol (CBD) foi autorizada pela Anvisa em 2015, logo após a repercussão midiática em torno do uso terapêutico da maconha em crianças com epilepsia refratária (de difícil controle) a tratamentos convencionais.

A autorização para importar o medicamento depende de receita médica e é um processo lento, burocrático e caro. O custo para trazê-lo de fora pode variar entre R\$ 1 mil e R\$ 8 mil, dependendo do quadro clínico do paciente. E a entrega pode levar meses.

Apesar de reconhecerem a importância da decisão da Anvisa, pacientes e seus familiares optaram por outra via, menos burocrática e muito mais barata: a do autocultivo. Ainda pela via judicial, algumas famílias vêm conseguindo autorização da Justiça para plantar maconha de forma legal, mas muitos pacientes mantêm seu cultivo na ilegalidade. Desde 2016, cerca de 20 salvos-condutos foram concedidos, incluindo casos de Parkinson em idosos.

Em 2017, uma decisão garantiu pela primeira vez no Brasil que uma associação de mais de 150 pessoas cultivasse a *cannabis* para fins exclusivamente terapêuticos. Há anos, porém, organizações sem autorização judicial vêm atendendo pa-

cientes em diversos cantos do país, criando uma rede ilegal de fornecimento. Para manter a empreitada e continuar ajudando dezenas de famílias Brasil adentro, muitos produtores correm o risco de serem enquadrados por tráfico de drogas.

Também em 2017, a Anvisa registrou o primeiro medicamento à base de CBD e THC, o Mevatyl, que já está sendo comercializado – a preços altíssimos – no Brasil. Em comparação com os vizinhos latino-americanos, o Brasil está atrasado no tocante ao uso medicinal de maconha, com avanços pontuais e ainda restritos a medidas judiciais. A Anvisa já afirmou que não tem competência para regular o autocultivo, mas vem prometendo a regulação para fins medicinais e de pesquisa. Por ora, porém, só a importação de remédios está autorizada.



PLS 514

Vem tramitando em comissões do Senado Federal o Projeto de Lei 514/2017, produzido a partir da Sugestão Legislativa nº 25. De iniciativa popular, o texto original da SUG 25 propunha a descriminalização do cultivo de maconha para uso pessoal e recebeu mais de 20 mil votos favoráveis no portal E-Cidadania. Em 2017, o texto foi debatido pela

Comissão de Direitos Humanos do Senado, de onde saiu o PLS 514/2017, construído a partir do voto da senadora Marta Suplicy (MDB-SP), apresentado de forma separada à posição do relator da matéria, o senador Sérgio Petecão (PSD-AC). Diferentemente da proposta original, o projeto da senadora propõe a descriminalização do autocultivo de *cannabis* apenas para fins terapêuticos.

PL 7270/2014

Proposto pelo deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), o PL 7270/2014 propõe a regulamentação do mercado de *cannabis* (da produção à comercialização de maconha e seus derivados). O projeto também autoriza a importação de sementes e legaliza o plantio, o cultivo e a colheita domésticos de até 12 plantas por pessoa. No varejo, estaria permitida a compra de até 40 gramas mensais por indivíduo e pessoas condenadas por tráfico de maconha seriam anistiadas. Para além do autocultivo, a proposta também regulamenta os chamados clubes sociais de *cannabis*, associações que cultivam a planta e distribuem para seus só-

cios. Pelo projeto, os clubes poderão ter até 45 associados e até 540 plantas, proporcionais ao quadro associativo. Ao regulamentar o mercado, o deputado incluiu na proposta limites à publicidade e à comercialização da maconha, nos moldes da legislação sobre o cigarro.

PL 10549/2018

De autoria do deputado Paulo Teixeira (PT-SP), o PL 10549/2018 define regras e parâmetros para o cultivo de maconha para fins sociais e terapêuticos: plantio de até 6 plantas fêmeas ou armazenamento de até 40 gramas não prensadas de maconha por mês, além de regularizar também o cultivo associativo. Os chamados clubes canábicos poderão ter até 99 plantas fêmeas em floração e o limite para a colheita deverá ser proporcional ao número de associados, não podendo ultrapassar os 40 gramas mensais. O texto não fala em venda de maconha, tal como se vê na Califórnia, por exemplo, mas permite a comercialização da planta somente no caso do cânhamo (utilizado, sobretudo, na indústria têxtil).

**Como devemos
cuidar da saúde das
pessoas que usam
drogas?**

Conhecendo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Desde que o Brasil promulgou a Lei 10.216, que consolidou em 2001 a reforma psiquiátrica no país, foram priorizadas novas abordagens em saúde mental, sobretudo as extra-hospitalares. À luz do movimento antimanicomial, que ganhou força no Brasil no final dos anos 80, a nova legislação fortaleceu práticas de cuidado em liberdade, vetando a construção ou a abertura de novas vagas em hospitais psiquiátricos, por exemplo. As políticas públicas voltadas para este campo, que incluem também o tratamento para a dependência de álcool e outras drogas, foram pensadas para funcionar partir de uma rede, ampla e multidisciplinar, de atenção médica, psicológica e de assistência social. Mais tarde, essa estrutura foi instituída e batizada de RAPS, Rede de Atenção Psicossocial, que integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

As diretrizes da RAPS e os serviços oferecidos por ela pressupõem o cuidado integral, gratuito, em liberdade e em rede, entendendo que o tratamento do uso problemático de drogas deve envolver o poder público, as instituições e o próprio indivíduo e sua comu-

nidade. Orientadas pelo respeito à autonomia das pessoas e entendendo que o uso abusivo de substâncias é causado por inúmeros fatores, sociais e biológicos, as atuais políticas de saúde mental buscam oferecer aos usuários múltiplas frentes de cuidado, como ações de prevenção, de tratamento, de reinserção social (educação, emprego e lazer) e de redução de danos.

Como parte do SUS, a RAPS depende de investimento público. O corte ou o limite de recursos para a rede pública de saúde, nos moldes da chamada PEC do Teto, aprovada em 2016, impacta diretamente programas e serviços terapêuticos em saúde mental, abrindo espaço para outras formas de tratamento, muitas vezes privados e em reclusão. Um exemplo disso é a alteração na Política Nacional sobre Drogas, aprovada início de 2018 pela nova composição do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, que retoma a abstinência como foco principal das políticas públicas em saúde mental (ver itens *O que é internação?* e *O que são Comunidades Terapêuticas?*, nas págs. 96 e 98, respectivamente).

Compõem atualmente a RAPS

- CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades
- Atenção Básica (Centros de Saúde e Estratégia Saúde da Família)
- Enfermarias Especializadas em Hospital Geral
- Hospital Dia
- Serviço Residencial Terapêutico (SRT)
- Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental
- Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Urgência e Emergência
- Comunidades Terapêuticas
- Hospital Psiquiátrico

inseridas
após recentes
alterações na
política nacional
de drogas

Todo usuário é dependente?

A dependência é considerada um problema multifatorial, uma vez que está relacionada a fatores biológicos, psíquicos e sociais do indivíduo, causando problemas de saúde, nas relações afetivas e de trabalho, por exemplo. Ela pode afetar áreas do cérebro envolvidas com o sistema de recompensa, motivação, impulsivo, memória, entre outros.

O diagnóstico da dependência é clínico; logo, não existe um marcador preciso para separar o usuário ocasional do dependente de drogas. Para o diagnóstico, são levados em consideração problemas diretamente ocasionados pelo uso da substância. Além disso, o diagnóstico vale para cada droga específica, ou seja, a dependência de determinada substância não acarreta, necessariamente, a dependência de outra.

A chance de um indivíduo desenvolver um quadro de dependência está relacionada a fatores diversos, como os individuais (psicológicos e genéticos), o contexto social (as circunstâncias de vida) e as características da substância utilizada (tipo de droga, quantidade e frequência de uso). Mas a maioria dos indivíduos que experimenta drogas não chega a desenvolver

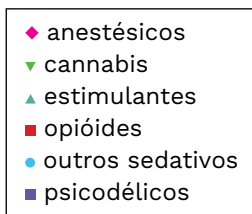
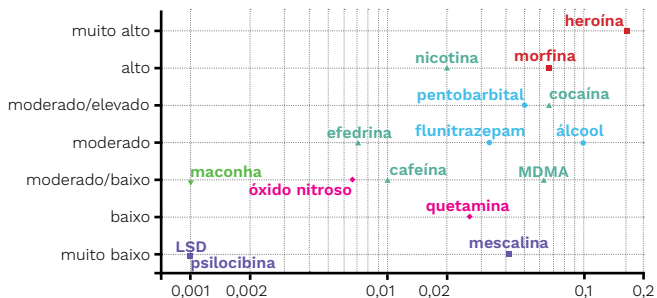
dependência ou mesmo a fazer um uso problemático⁴⁶ – expressão usada para se referir a problemas que não são exclusivamente fisiológicos, como os socioeconômicos e culturais (consumir drogas e dirigir automóveis ou praticar sexo desprotegido, por exemplo).

O gráfico abaixo classifica e ranqueia as substâncias de acordo com seu potencial de causar dependência. É possível perceber, por exemplo, que a nicotina e o álcool (substâncias legalizadas e amplamente consumidas atualmente) aparecem na frente da maconha e de psicodélicos, por exemplo.

Conheça esse e outros conceitos no *Guia sobre Drogas para Jornalistas*, publicação feita pela PBDP em parceria com a Catalize, IBCCRIM e SSRC e redigida pelo jornalista Tarso Araújo. Acesse www.pbpd.org.br

⁴⁶ SATEL, Sally, LILIENFELD, Scott. Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontiers in Psychiatry*, volume 4, 2014. <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2013.00141/full>>

Relação de dose ativa/letal e potencial de dependência de drogas psicoativas



Fonte: Gable, R. S. (2006). Acute toxicity of drugs versus regulatory status. In J. M. Fish (Ed.), *Drugs and Society: U.S. Public Policy*, pp.149-162, Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.

O que é redução de danos?⁴⁷

A redução de danos (RD) é um conjunto de práticas e políticas de saúde pública cujo objetivo é reduzir os danos relacionados ao uso de drogas por pessoas que não podem, não conseguem ou não querem parar de consumi-las. É norteada pelo cuidado em liberdade e pelo respeito à autonomia, buscando construir formas de cuidado junto ao usuário de drogas e ao seu contexto.

A redução de danos não tem a abstinência como objetivo central e não restringe os resultados à interrupção do uso de drogas; a melhora da qualidade de vida, das relações sociais e o próprio entendimento dos efeitos da droga e de seus possíveis prejuízos são considerados ganhos terapêuticos. A troca de seringas foi uma das primeiras estratégias de RD e buscava evitar que usuários de drogas injetáveis se infectassem com HIV e hepatites, na década de 1980.

Hoje, porém, o conceito é bem mais amplo, o que inclui a ação direta de redutores de danos em cenas de uso de drogas e a testagem de substâncias em festas eletrônicas, por exemplo. Conheça abaixo outras abordagens adotadas em diversos países:

⁴⁷ Fonte: Guia sobre Drogas para Jornalistas, IBCCRIM-PBPD-Catalize-SSRC (2017).

1 **Terapia de substituição**

Estratégia de RD para pessoas com dependência, principalmente de opióides, na qual se oferece substâncias com menor potencial de dano, como a metadona ou a buprenorfina, para evitar os sintomas de abstinência de morfina, heroína e fentanil, por exemplo. A metadona não produz o prazer dos outros opióides de abuso, e é utilizada para prevenir parte dos riscos e dos danos associados à interrupção do uso da droga. Na Europa, essa é uma das principais abordagens para o tratamento da dependência de opióides.

2 **Moradia**

Pautada na ideia de que ter moradia digna e segura, além de um direito, é um pressuposto para o cuidado, sobrepondo-se, inclusive, aos tratamentos psicológicos e psiquiátricos, a estratégia busca oferecer residência aos usuários de droga em situação de rua. Entende-se que a moradia contribui decisivamente para a estabilidade de pessoas que estão em sofrimento psíquico ou fazem uso problemático de drogas. No Brasil, políticas que adotaram esse princípio foram o Pro-

grama De Braços Abertos, da cidade de São Paulo, e o Atitude, em Pernambuco (ver box abaixo).

3 Sala ou espaços de uso seguro

Locais onde drogas ilícitas podem ser usadas sob supervisão de profissionais de saúde para redução de riscos, como compartilhamento de seringas e overdose, além da promoção de tratamento e outros serviços socioeducativos. É uma estratégia de redução de danos praticada desde a década de 1970 na Europa.

PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS JÁ IMPLEMENTADOS NO BRASIL

Iniciativas implementadas em âmbito estadual e municipal

Alguns estados e cidades do país já implementaram políticas de redução de danos para lidar com uso problemático de drogas por usuários que vivem em contexto de vulnerabilidade social. Conheça abaixo alguns programas já implementados por prefeituras e governos estaduais, sobretudo em cenas de uso público de drogas:

“Programa Atitude”

**Governo do Estado de Pernambuco
(desde 2011)**

Diretrizes: Dar atenção aos usuários em risco de violência associada ao uso e comércio de crack, promover a proteção social e a redução de danos e prevenir o encarceramento de usuários

Estratégias: Atendimento psicossocial junto a usuários de crack, principalmente; criação de centros de acolhimento e apoio que oferecem hospedagem e alimentação. Criação de Centros de Acolhimento intensivos, com possibilidade de moradia e acolhimento de mulheres mães e gestantes. Oferta de aluguel social.

“Programa Corra pro Abraço”

**Governo do Estado da Bahia
(desde 2013)**

Diretrizes: Acolher usuários, pessoas em situação de rua ou que vivem em regiões afetadas pela violência, fortalecendo seu vínculo social e aproximando-os de serviços públicos.

Estratégias: Realização de oficinas e cursos profissionalizantes; promover acesso a bens culturais e à participação política. Equipes multiprofissionais atuam também com orientação em redução de danos e encaminhamento de beneficiários às redes de atenção psicossocial, educação, justiça e agências de emprego e geração de renda.

“Programa De Braços Abertos”
Prefeitura de São Paulo
(iniciado em 2014 e extinto em 2017)

Acesse a pesquisa da PBPD sobre o DBA: www.pbpd.org.br

Diretrizes: Implantar ações integradas nas áreas de assistência social, direitos humanos, saúde e trabalho; Construir a rede de serviços de atendimento sob a ótica da redução de danos.

Estratégias: Oferecer hospedagem em hotéis sociais, além de três refeições por dia, oportunidade de renda e trabalho em serviços de zeladoria da Prefeitura, e facilitar o acesso a serviços sociais e de saúde.

O que é internação?

De acordo com o art. 4º da Lei n. 10.216, de 2001, que instituiu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a internação deve ser a última opção de tratamento para a dependência, mesmo quando requerida pelo próprio paciente. Apesar de amplamente utilizada e divulgada, a internação ainda não teve sua eficácia comprovada como superior se comparada a outros tratamentos em liberdade. Além disso, os critérios para definir a necessidade de internação são controversos.

A legislação brasileira prevê três tipos de internação:

Voluntária: Feita com o consentimento formal do paciente, precisa ser justificada por laudo médico. Termina por iniciativa do paciente ou do médico.

Involuntária: Iniciada a pedido de terceiro, geralmente um familiar. Deve ser autorizada por um médico e comunicada ao Ministério Público em até 72 horas. Termina a pedido de quem a solicitou, do médico responsável ou do próprio paciente mediante avaliação e autorização da equipe.

Compulsória: É determinada por um juiz a partir de um laudo médico. Diferente da voluntária e da involuntária, depende de decisão judicial para terminar. Não há consenso sobre as razões que levam o Judiciário a decidir pela internação e, para alguns especialistas, sua adoção tem acontecido de forma indiscriminada.

O que são as comunidades terapêuticas? (CTs)

As comunidades terapêuticas são instituições privadas que acolhem pessoas em uso problemático de drogas. Organizadas em residências coletivas temporárias, as CTs mantêm os internos isolados de seu convívio familiar e social para que abdicuem do uso de substâncias e adotem um novo estilo de vida, pautado, sobretudo, na abstinência.

Muitas das comunidades terapêuticas no Brasil recebem recursos públicos e se fortaleceram a partir de 2010, quando o programa “Crack, É Possível Vencer” incluiu o financiamento dessas instituições como parte da política pública de cuidados aos usuários de drogas. Esse crescimento, incentivado também por algumas forças políticas, fez com que as CTs fossem incluídas na chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), um conjunto de equipamentos públicos destinados a acolher pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental (ver p. 91).

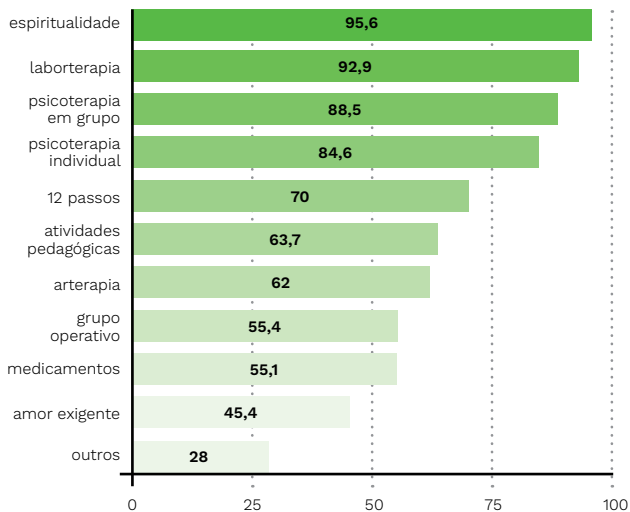
Publicado em 2017, um estudo do Ipea⁴⁸ com 500 CTs mostrou que o método terapêutico utilizado pela maioria das organizações se

⁴⁸ Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/Ipea, 2016).

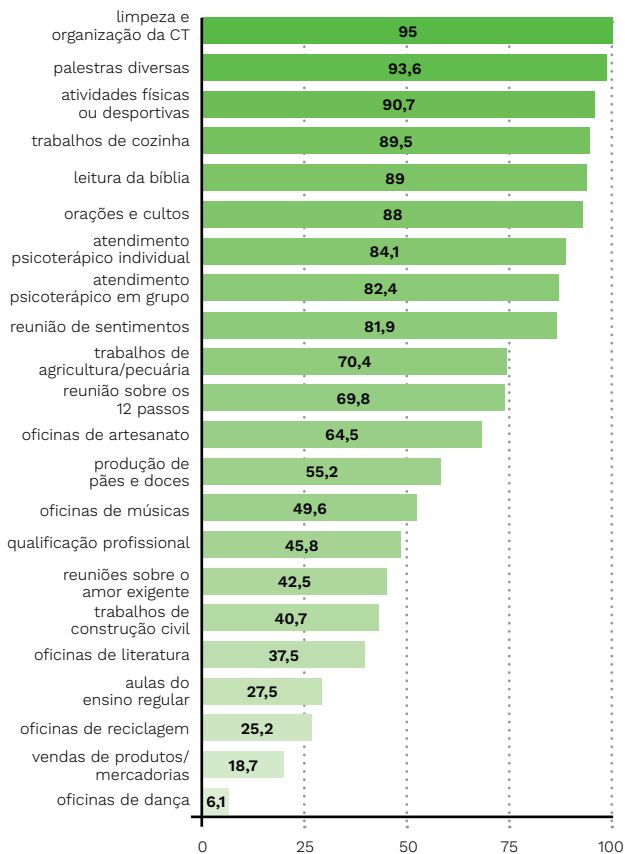
baseia no tripé religiosidade, trabalho e disciplina. Não raro, são denunciadas nessas instalações violações de direitos humanos, maus tratos e tortura⁴⁹. Até hoje, não há evidências científicas que confirmem a efetividade desse modelo no tratamento do uso problemático de drogas, pautado sobretudo no isolamento e na abstinência dos pacientes.

⁴⁹ Relatório Anual 2015-2016. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. 2016. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2016/06/4b63892a5643662be57c9faf221ac9d0.pdf>

Métodos e recursos terapêuticos – Brasil (em %)



Fonte: Pesquisa Perfil das comunidades terapêuticas (Diest/Ipea, 2016).


Atividades diárias – Brasil (em %)



PLC 37

Tramita no Senado Federal um projeto de lei, proposto pelo então deputado Osmar Terra (MDB-RS), que traz grandes alterações para a Lei de Drogas. O PLC 37/2013, aprovado na Câmara em 2012, já foi modificado nas diversas comissões pelas quais passou na Senado, mas o texto original, que pode voltar a ser discutido pelos parlamentares a qualquer momento, retoma medidas e premissas que já se mostraram ineficazes na prática, como o aumento de pena de prisão para pessoas condenadas por tráfico, a internação compulsória e a retomada da abs-

tinência como foco principal do tratamento da dependência. O projeto de Osmar Terra insere, ainda, as comunidades terapêuticas no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Sisnad, incrementando os recursos públicos destinados a essas instituições e ampliando ainda mais sua atuação pelo país. Além disso, a inclusão no Sisnad acarreta mudanças diretas na política nacional de drogas, pois, uma vez no Sistema, podem alterar dispositivos da própria Lei de Drogas, que concede ao Sisnad o papel de regular toda a política nacional no campo.



Conheça outros materiais produzidos pela Plataforma Brasileira de Política de Drogas

Guia sobre Drogas para Jornalistas: feito em parceria com a Catalize, IBCCRIM e SSRC e redigido pelo jornalista Tarso Araújo, o Guia traz um glossário com verbetes comumente usados no campo e na cobertura de drogas.

Pesquisa preliminar de avaliação do programa De Braços Abertos: assinado pelos pesquisadores Luís Fernando Tófoli, Maurício Fiore e Taniele Rui, o relatório avaliou o programa De Braços Abertos, implementado pela gestão do prefeito Fernando Haddad na cidade de São Paulo entre 2014 e 2016.

Platô: Drogas & Políticas: primeira publicação científica do Brasil a tratar exclusivamente de política de drogas. Seu primeiro volume traz trabalhos originais e também traduções de artigos relacionados às múltiplas frentes da política de drogas.

