



**POR UMA POLÍTICA
DE DROGAS
QUE FUNCIONE.**

**RESPONDENDO AOS MITOS II
- PROGRAMA RODA VIVA -**

INDICE

APRESENTAÇÃO	3
1. O FRACASSO DA GUERRA ÀS DROGAS	3
2. MODELOS ULTRAPASSADOS	5
2.1 EUA	5
2.2 SUÉCIA	6
2.3 JUSTIÇA TERAPÊUTICA	7
3. NOVOS EXPERIMENTOS QUE DESAFIAM A LEI FEDERAL AMERICANA E AS CONVENÇÕES INTERNACIONAIS	8
3.1 A CANNABIS MEDICINAL	8
3.2 A REGULAÇÃO EM COLORADO E EM WASHINGTON	8
3.3. O CASO DO URUGUAI	9
4. A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	9
4.1 O CASO DA SUÍÇA	11
5. DESCRIMINALIZAÇÃO NÃO TEM IMPACTO NO CONSUMO	13
5.1 CASO PORTUGAL	13
6. O USO POLITICO DO CRACK E AS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS	16

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de promover um debate amplo e qualificado sobre políticas de drogas, a Rede Pense Livre apresenta o documento Respondendo aos Mitos II – Programa Roda Viva. Este documento é baseado em pesquisas científicas nacionais e internacionais, relatórios de organizações internacionais e em experiências de outros países, e pretende responder às principais afirmações e questões debatidas durante o programa do Roda Viva com o Dr. Ronaldo Laranjeira, exibido pela TV Cultura no dia 20/05/2013¹. As fontes e informações contidas neste documento são reconhecidas e amplamente utilizadas nos principais fóruns internacionais sobre política de drogas.

1. O FRACASSO DA GUERRA ÀS DROGAS

A guerra contra as drogas teve o efeito inverso do desejado: ao invés de diminuir o consumo de drogas ilícitas, levou ao seu aumento, os preços caíram e o narcotráfico se transformou em um negócio bilionário, capaz de corromper Estados democráticos.²

Ao mesmo tempo, os índices de violência e de criminalidade alcançaram níveis impensáveis em vários países, especialmente naqueles que produzem ou são rota de tráfico, além de aumentar assustadoramente a população carcerária³.

O Ocidente vive um momento crucial de revisão das estratégias de políticas sobre drogas. No continente americano, um grupo cada vez maior de lideranças, tanto da direita quanto da esquerda, pede mudanças. Relatório divulgado pela Organização dos Estados Americanos (OEA) no dia 24/5/2013 é enfático: “devemos nos mover em direção à descriminalização das drogas. O *status quo* vigente mostra-se insustentável.”

O custo decorrente das políticas criminalizadoras e repressivas para famílias e comunidades – e sobretudo para os jovens – é a razão primordial para uma mudança de rumo. A América Latina tem apenas 9% da população mundial, mas sofre com mais de 30% dos homicídios globais e suas prisões estão superlotadas. Só no Brasil, cerca de 50 mil pessoas são mortas violentamente a cada ano⁴ e já temos a terceira maior população carcerária do mundo⁵. Segundo dados recém-divulgados pelo Ministério da Justiça, o número total de presos em

¹ Ver <http://www.youtube.com/watch?v=AjXV2YiEWZQ>

² Ver Reuter, P. (2008). “Avaliação da Política sobre Drogas dos Estados Unidos”, University of Maryland. Texto de apoio para a Primeira Reunião da Comissão Latinoamericana sobre Drogas e Democracia.

Rio de Janeiro, 30 de abril. Disponível em http://cbdd.org.br/pt/files/2009/10/Peter_Reuter_CLADD1_Port.pdf

³ Ver “Drugs And Crime Facts” do Bureau of Justice Statistics (BJS): <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/dcf/enforce.cfm>

⁴ Freire, F. (2011). “Em 30 anos, Brasil teve mais de um milhão de vítimas de homicídio”. O Globo, 14 de dezembro. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/em-30-anos-brasil-teve-mais-de-um-milhao-de-vitimas-de-homicidio-3443821>

⁵ Fonte: Ministério da Justiça do Brasil, INFOPEN (dados de Dezembro de 2011). Disponível em <http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>
Ver <http://noticias.terra.com.br/brasil/politica/populacao-carceraria-no-brasil-tem-3-maior-aumento-do-mundo,f9d68cebbfdbc310VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>



penitenciárias e delegacias brasileiras subiu de 514.582 em dezembro de 2011 para 549.577 em julho deste ano⁶.

Segundo pesquisa⁷ da professora de direito penal da UFRJ, Luciana Boiteux, o total de presos no sistema penitenciário brasileiro em dezembro de 2007 alcançava o número de 422.590. Os dados da pesquisa apontaram que, para o mesmo período, o número de condenados por “tráfico de drogas” representava a segunda maior incidência de presos (69.049), apenas atrás dos crimes patrimoniais, que tradicionalmente ocupam a primeira posição no país. Especificamente no estado do Rio de Janeiro, mais de 60% dos presos por tráfico de drogas são réus primários e estavam sozinhos quando foram presos; apenas 14% portavam armas no momento do flagrante e 42% foram flagrados e presos portando menos de 100 gramas de maconha. Mais da metade dos presos por tráfico foram condenados a oito anos ou mais de reclusão em regime fechado⁸.

A nova legislação sobre drogas de 2006, embora tida como mais liberal, na verdade piorou drasticamente a situação. De acordo com o novo secretário de drogas do Ministério da Justiça, Vitore Maximiano, "O Brasil nunca prendeu tanto por tráfico. Temos hoje 140 mil presos por tráfico de drogas no país. Até 2006, o número de presos por tráfico representava 10% do total. Hoje, são 30%. O fato é: o aumento é tão grande que nos obriga a pensar em alternativas, porque o custo social é grande. Esta constatação nos exige análise. Sem afirmar que a saída é esta ou aquela. Por hora, precisamos é enfrentar a realidade e pensar em alternativas"⁹. O país ainda apresenta um déficit de 194.650¹⁰ vagas.

As políticas repressivas consomem verdadeiras fortunas, mas os investimentos sociais em prevenção e tratamento, mais eficazes para reduzir o consumo e os danos causados pelas drogas, são comparativamente insignificantes.

Os profissionais de saúde concordam que políticas públicas devem se basear em evidências. Países europeus, como Portugal, Suíça, Espanha e República Tcheca têm liderado mudanças adotando abordagens mais bem-sucedidas e menos danosas do que simplesmente a repressão. E os resultados são evidentes: menos mortes e doenças, menos corrupção, redução da criminalidade e do poder do crime organizado.

No Brasil, velhas ideias sobrevivem sustentadas pela desinformação e pelo preconceito. Ainda que bem intencionados, alguns profissionais de saúde, governantes e legisladores influentes insistem na fórmula mundialmente fracassada da proibição absoluta. Um exemplo do atraso é a aprovação de projeto de lei (7663/2010) na Câmara dos Deputados

⁶ Idem.

⁷ Boiteux, L., Castilho, E., Vargas, B., Batista, V., Prado, G. e Japiassu, C. (2009). “Tráfico de Drogas e Constituição” (Relatório de Pesquisa). Projeto Pensando o Direito”. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade de Brasília (UNB). Disponível em: http://participacao.mj.gov.br/pensandoodireito/wp-content/uploads/2012/11/01Pensando_Direito.pdf

⁸ Boiteux et al. (2009). Op cit.

⁹ <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/04/trafico-e-crime-que-mais-prende-e-isso-e-lamentavel-diz-novo-secretario.html>

¹⁰ Ver <http://portal.mj.gov.br/main.asp?ViewID=%7BD574E9CE-3C7D-437A-A5B6-22166AD2E896%7D¶ms=itemID=%7B364AC56A-DE92-4046-B46C-6B9CC447B586%7D:&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>

que mantém a criminalização do usuário de drogas, propõe aumento de pena para traficantes sem diferenciá-lo claramente do usuário, e reforça o papel da política de internação involuntária em entidades privadas, medida de exceção cara e pouco eficaz, em detrimento de investimentos no fortalecimento de uma rede pública de tratamento da dependência.

2. MODELOS ULTRAPASSADOS

2.1 EUA

Os Estados Unidos foram e ainda são os maiores promotores mundiais da repressão e da proibição do consumo e do comércio de drogas em todo mundo. Na década de 1970, o governo estabeleceu a Lei de Substâncias Controladas, que classificou as substâncias em cinco categorias, hierarquizando-as conforme o seu potencial de abuso, a sua utilidade médica e as consequências à saúde¹¹.

O ápice da política de repressão foi a aprovação da lei conhecida como *crack-cocaine* que criava penalizações diferentes para a posse e a venda de *crack*. A posse de 28 gramas de *crack* leva a uma sentença mínima de cinco anos. Com a cocaína, é necessária a posse de 500 gramas para a mesma sentença. O resultado foi a ampliação da população carcerária e o expressivo encarceramento de usuários sem, no entanto, diminuir o consumo de *crack*¹². Em 2010, o Senado norte-americano aprovou por unanimidade a redução da disparidade no tratamento penal entre as duas formas da droga.

Nos últimos 40 anos, os Estados Unidos gastaram mais de 1 trilhão de dólares na guerra às drogas¹³. Atualmente, o país é o maior consumidor de drogas ilícitas e possui a maior população carcerária do mundo, o que implica em custos econômicos, humanos e sociais gigantescos¹⁴. Apesar disso, o preço das drogas ilícitas pouco se alterou, além de estarem mais acessíveis do que nunca. A taxa de dependência permanece no mesmo patamar que se encontrava quando a guerra foi declarada, atingindo cerca de 1,3% da população¹⁵.

¹¹ Ver “Regulatory Information” da US Food and Drug Administration (FDA):

<http://www.fda.gov/regulatoryinformation/legislation/ucm148726.htm>

¹² Vagins, D. e McCurdy, J. (2006). “Cracks in the System: Twenty Years of the Unjust Federal Crack Cocaine Law”. American Civil Liberties Union (ACLU), October. Disponível em: http://www.aclu.org/files/pdfs/drugpolicy/cracksinsystem_20061025.pdf

¹³ Ver <http://www.foxnews.com/world/2010/05/13/ap-impact-years-trillion-war-drugs-failed-meet-goals/>

¹⁴ Walmsley, R. (2011). *World Prison Population List*. Eighth edition. London: International Center for Prison Studies.

Disponível em: <http://www.idcr.org.uk/wp-content/uploads/2010/09/WPPL-9-22.pdf>

¹⁵ Ver <http://www.theatlanticwire.com/national/2012/10/chart-says-war-drugs-isnt-working/57913/>

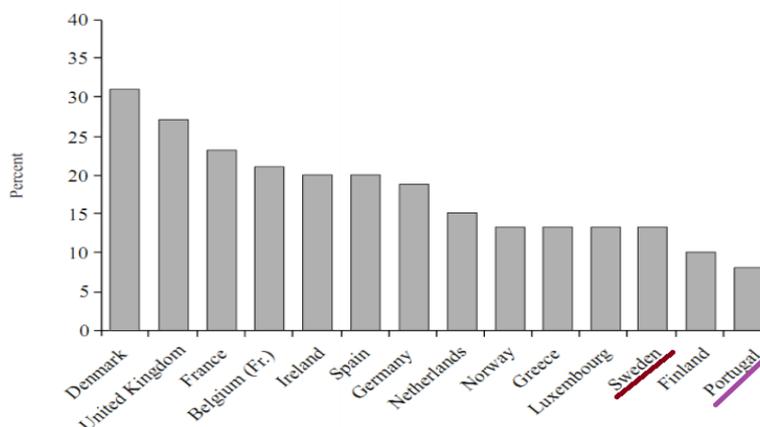
2.2 SUÉCIA

A Suécia tem ido na contramão de vários países europeus, que reconhecem o fracasso do proibicionismo e procuram explorar alternativas mais eficazes e humanas. O país tem uma política que conjuga prevenção, tratamento e medidas de controle na qual a criminalização do uso e do comércio de drogas convivem com medidas de redução de danos e de internações compulsórias em casos específicos¹⁶.

Após a reforma da legislação, em 1992, que adotou uma política de tratamento voluntário e realizado em ambulatorios, houve uma diminuição do número de internações compulsórias e dos períodos de tratamento (o número de leitos na província de Varmland, por exemplo, caiu de 1.200 em 1972 para 133 em 2001)¹⁷.

A prevalência de uso mensal de todos os tipos de drogas (menos *cannabis*) apresenta os mesmos índices e a mesma evolução, entre 2002 e 2004, tanto em Portugal como na Suécia, como mostram os gráficos abaixo.

**União Europeia (2001-2005), População Geral (15-64 anos)
Prevalência de Uso de Maconha na Vida¹⁸**

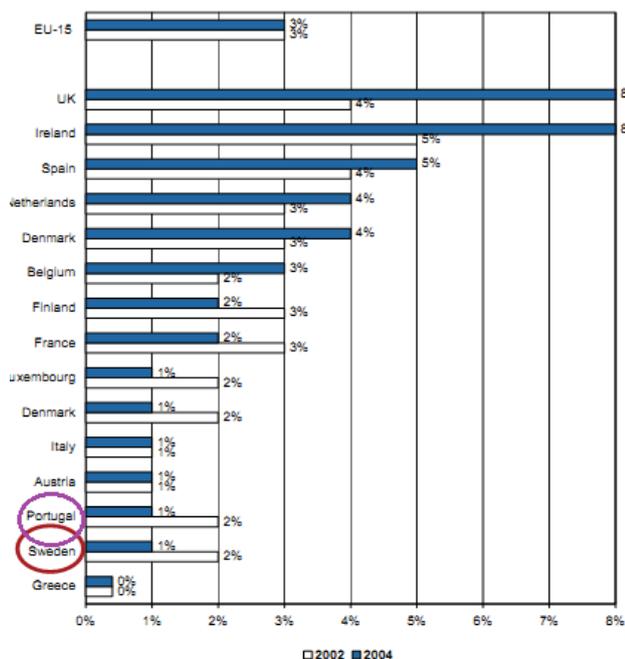


¹⁶ Para saber mais sobre as políticas sobre drogas na Suécia, ver, por exemplo, Hallam, C. (2010). "What can we learn from Sweden's drug policy experience?". Briefing paper 20, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, Janeiro. Disponível em: <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Sweden%20Briefing%20Paper%20final.pdf>

¹⁷ Sobre o assunto, European Commission Member States Final Report (2002). *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf. Ver também Hallam, C. (2010). Op cit.

¹⁸ Greenwald, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. CATO Institute. Disponível em: http://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/greenwald_whitepaper.pdf

Prevalência mensal de uso de drogas ilícitas (menos cannabis) entre os jovens (15 a 24 anos) 2002-2004¹⁹



2.3 JUSTIÇA TERAPÊUTICA

A Justiça Terapêutica é um modelo penal no qual o consumidor de drogas ilegais escolhe entre receber a pena ou fazer um tratamento de saúde²⁰. Neste modelo o consumo é criminalizado. A Justiça Terapêutica tem sido motivo de discussão para os Conselhos de Psiquiatria e Psicologia, na medida em que envolve complexas questões éticas, como violações de direitos humanos e a controvérsia eficácia de tratamentos obrigatórios.

A experiência norte-americana com as *drug courts* – nome dado à Justiça Terapêutica nos EUA – revela que, na prática, não houve redução nos custos da justiça criminal, redução do encarceramento ou melhora nos números da segurança pública. Estudos demonstram que, o sistema não garantiu uma abordagem de saúde e se mostrou mais punitivo e severo, aumentando as prisões e o encarceramento.²¹

¹⁹ UNODC (2007). *Sweden's Successful Drug Policy: A Review of the Evidence*. Viena, Fevereiro. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf

²⁰ Bravo, O. (2002). "Tribunales Terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar." *Psicología & Sociedad*, 14 (2): 148-162; jul/dez.

²¹ Drug Policy Alliance (DPA) (2011). "Drug Courts Are Not the Answer: Toward a Health-Centered Approach to Drug Use". March. Disponível em:

http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Drug%20Courts%20Are%20Not%20the%20Answer_Final2.pdf

3. NOVOS EXPERIMENTOS QUE DESAFIAM A LEI FEDERAL AMERICANA E AS CONVENÇÕES INTERNACIONAIS

3.1 A CANNABIS MEDICINAL

Nos Estados Unidos, o uso da *Cannabis* para fins medicinais era considerado legal até 1970. A nova legislação classificou a *Cannabis* como Substância Controlada do Tipo I e proibiu sua prescrição a pacientes por ser considera-la “uma droga com alto potencial de abuso”²².

De lá para cá, porém, diversos estados americanos aprovaram leis que contrariam a legislação federal e autorizam o uso de *Cannabis* para fins medicinais. O caso mais conhecido foi o da Califórnia, estado onde, em 1996, a população aprovou em referendo a Proposição 215, que eximiu de sanções penais o uso e o cultivo de *Cannabis* por razões terapêuticas, sempre que indicado por um médico²³.

Atualmente, 18 estados, além do distrito de Columbia, autorizam o uso medicinal da *Cannabis*. Cabe destacar que o consumo de *Cannabis* não cresceu nos estados onde ela foi descriminalizada para fins medicinais²⁴.

Além dos EUA, muitos outros países legalizaram o uso médico da *Cannabis*, entre eles a Áustria, Bélgica, Canadá, Holanda, Reino Unido, Espanha, Israel, Itália, República Tcheca e Finlândia. No Brasil pacientes de *Cannabis* medicinal precisam obter o seu medicamento no mercado ilícito ou correr os riscos de plantar para o consumo próprio, uma vez que tanto o porte quanto o plantio para uso pessoal são criminalizados.²⁵

3.2 A REGULAÇÃO EM COLORADO E EM WASHINGTON

No final de 2012, os estados de Colorado e Washington legalizaram o uso recreativo da maconha. Foram os primeiros estados a aprovarem legislação favorável, mesmo contrariando a legislação federal. No caso do Colorado, a população aprovou em referendo o uso recreativo da maconha para maiores de 21 anos.²⁶

O governo de Washington também definiu que o porte da *Cannabis* para consumo pessoal não seria mais crime, restringindo o consumo para adultos acima de 21 anos. A partir da legalização estima-se que o total da receita advinda do comércio da *Cannabis* pode alcançar dois

²² Ver “Regulatory Information” da FDA: <http://www.fda.gov/regulatoryinformation/legislation/ucm148726.htm>

²³ Como resultado do referendo, acrescentou-se a Seção 11362.5 ao Código de Saúde e Segurança de Califórnia. Ver <http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/displaycode?section=hsc&group=11001-12000&file=11357-11362.9>

²⁴ O’Keefe, K. e Earleywine, M. (2011). *Use by Young people: The Impact of State Medical Marijuana Laws*. Marijuana Policy Project, Maio. Disponível em: <http://www.mpp.org/assets/pdfs/library/Teen-Use-FINAL.pdf>

²⁵ Ver depoimento sobre maconha medicinal no Brasil em: <http://br.noticias.yahoo.com/blogs/3-por-4/cannabis-%C3%A9-rem%C3%A9dio-142945569.html>

²⁶ Para saber mais acesse o Q&A, ver: <http://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/0%26A-%20Legal%20Marijuana%20in%20Colorado%20and%20Washington%20WEB.pdf>

bilhões de dólares nos próximos cinco anos. Em ambos estados, a *Cannabis* será regulada pelas agências responsáveis pela regulação do álcool – o *Department of Revenue* em Colorado e o *Liquor Control Board* em Washington. No momento o governo de ambos estados vem promovendo estudos e intensos debates para a construção dos seus modelos e marcos regulatórios.²⁷

3.3. O CASO DO URUGUAI

Em julho de 2012, o presidente do Uruguai, José Mujica, anunciou um pacote de leis para combater a violência entre as quais constava uma proposta para regulamentar a produção, a venda e o consumo de *cannabis* no país. A nova estratégia de segurança pública incluía, não apenas a regulação da *cannabis*, mas um conjunto de medidas que reformariam a prática legal existente.

Embora o consumo e a posse de drogas para consumo pessoal não seja crime no Uruguai, muitos cultivadores e consumidores foram condenados com duras penas nos últimos anos. Os gastos com a política de repressão e as operações policiais para apreensão de drogas não surtiram os efeitos desejados. Na última década, o que se viu no país foi o crescente consumo de cocaína, o surgimento da pasta base no país (matéria prima para produção de cocaína e outras drogas derivadas) e o aumento do consumo de um produto similar ao *crack*, o *paco*²⁸.

A consequência da circulação destas novas substâncias foi o aumento da criminalidade associada à produção e ao comércio destas drogas, além do aumento dos danos decorrentes do seu uso problemático por setores de baixa renda da população. Segundo relatório da *Transnational Institute* (TNI 2006)²⁹, o surgimento do *crack* poderia estar associado ao "efeito balão" de migração, expansão e transformação de produção da cocaína da região andina para o cone sul.

O modelo de regulação da *cannabis* no Uruguai está sendo discutido no momento e o governo federal apresentará um projeto de lei para regular a produção, a venda e o consumo da *cannabis* ao Congresso uruguaio em julho de 2013. A produção deve ser permitida por meio do autocultivo para uso pessoal ou cooperativado e de licenças sob o controle do Estado.

4. A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

²⁷ Ver <http://www.businessweek.com/articles/2013-04-26/colorado-and-washington-try-to-figure-out-how-to-tax-marijuana>

²⁸ Transnational Institute (2006). *Paco Under Scrutiny. The cocaine base paste market in Argentina, Uruguay and Brazil*. TNI Briefing Series No2006/4, Outubro. Disponível em: <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/debate14.pdf>

²⁹ Idem.

Uma política de drogas com foco em saúde pública deve ser integral e incorporar estratégias de prevenção, redução de danos e tratamentos adequados para cada caso.

A expressão “redução de danos” refere-se a um conjunto de políticas e práticas que têm por objetivo diminuir os danos associados ao uso de drogas ilícitas por pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas³⁰.

No nível comunitário, uma estratégia de redução de danos deve ser realizada em conjunto com cuidados de saúde primários, política de habitação, sistema de justiça criminal e outras áreas afins.

Ao invés de ter foco na abstinência, os programas de redução de danos têm foco na prevenção dos riscos à saúde do indivíduo e à sociedade que o consumo das diferentes drogas, sejam lícitas ou ilícitas, podem causar, buscando benefícios a curto e médio prazo para os usuários, suas famílias e a sociedade³¹.

As duas últimas décadas caracterizaram-se por avanços importantes em programas de redução de danos, particularmente entre os consumidores de drogas injetáveis. Junto a este público, o objetivo é reduzir a disseminação de doenças como HIV, hepatite e as mortes por overdose.

Países como Holanda, Alemanha, Suíça, Espanha, Noruega, Dinamarca, Canadá e Austrália têm experimentado práticas mais avançadas de redução de danos, o que inclui a prescrição controlada de heroína e de metadona, assim como a disponibilização de salas para o consumo de drogas para usuários problemáticos. Nestas instalações supervisionadas, os consumidores têm permissão para consumir drogas em condições higiênicas, sem medo de ser presos e sem sofrer o abuso de traficantes³², reduzindo conseqüentemente os riscos sobre os quais estão expostos.

Estes projetos pioneiros exigem ajustes jurídicos especiais, tais como o registro da heroína como medicamento (como a Holanda fez em 2009), a elaboração de um marco legal para programas de manutenção com heroína (como é o caso da Suíça e da Alemanha), ou licenças especiais e isenções legais para as salas de consumo (que se tornaram tema de divergências no Canadá)³³.

³⁰ International Drug Policy Consortium (IDPC) (2012). “Guía sobre políticas de drogas”. 2ª edição, março. Disponível em: <http://idpc.net/es/policy-advocacy/idpc-drug-policy-guide-spa-html>

³¹ Definição utilizada pela International Harm Reduction Association. Ver http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

³² The Global State of Harm Reduction 2012. Towards an integrated response. Harm Reduction Internacional. Ver em http://www.ihra.net/files/2012/07/24/GlobalState2012_Web.pdf. Sobre o mesmo assunto ver, Gotfredsen NW and Kiorboe E, The Street Lawyers (2012) Danish Parliament paves the way towards increased safety and dignity for people who use drugs, Talking Drugs, 18 June 2012, <http://www.talkingdrugs.org/danish-parliament-paves-the-way-towards-increased-safety-and-dignity-for-people-who-use-drugs>.

³³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004 e 2010). *European report on drug consumption rooms (2004) and (2010)*. Disponíveis em <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>. Ver também Harm Reduction International (2012). Op cit.

Estudos comprovam a eficácia destas medidas na redução de mortes por overdose, melhoria das condições de saúde dos usuários e na capacidade de alcançar e abordar os usuários que precisam de tratamento³⁴.

A maioria das agências das Nações Unidas (OMS, UNAIDS, PNUD, Conselho de Direitos Humanos) acolheu o conceito de redução de danos, embora continue sendo um tema polêmico para a Comissão de Drogas Narcóticas das Nações Unidas (CND), da UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime). Em abril de 2009, a CND emitiu uma nova declaração com diretrizes sobre o controle de drogas para um prazo de dez anos e o documento não fez referência explícita aos programas de redução de danos.

Ainda assim, práticas de redução de danos estão se expandindo rapidamente, inclusive em países com leis antidrogas rígidas como China, Irã, Paquistão, Vietnã e no próprio Estados Unidos³⁵.

4.1 O CASO DA SUÍÇA³⁶

No final da década de 1980, a Suíça apresentava um aumento considerável nos índices de consumo de drogas injetáveis, juntamente com um incremento nas taxas de infecções pelo vírus HIV. Em resposta à crise, o país implementou um conjunto de políticas de redução de danos centrada na promoção da saúde pública.

A estratégia adotada em 1999 estabeleceu um programa que previa o tratamento dos dependentes com metadona, a troca de seringas, inclusive dentro das prisões, e a criação de salas para injeção supervisionada³⁷. Uma das questões chave para o sucesso do programa foi a facilidade do acesso à metadona, sem impor condições muito exigentes para os usuários obterem a droga.

Essa estratégia aproximou os usuários do programa de redução de danos e a terapia assistida levou a melhorias na saúde dos pacientes e à queda nas taxas dos crimes relacionados com drogas.

O programa também reduziu o consumo de heroína entre os usuários mais compulsivos, fazendo a demanda cair e afetando a viabilidade do mercado ilegal. O número de novos dependentes em Zurique passou de 850 em 1990 para 150 em 2005 (ver gráficos abaixo).

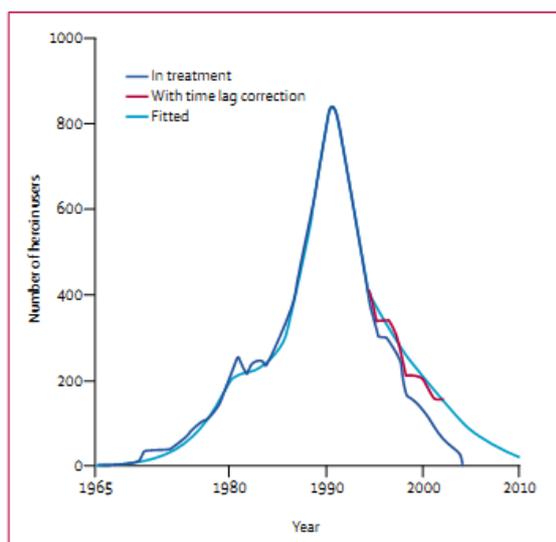
³⁴ Ver o exemplo da Suíça em Aebi, M., Ribeaud, D. e Killias, M. (1999). "Prescription médicale de stupéfiants et délinquance. Résultats des essais Suisses." *Criminologie*, vol. 32, n. 2. Disponível em: <http://www.erudit.org/revue/crimino/1999/v32/n2/004707ar.pdf>

³⁵ Harm Reduction International (2012). Op cit.

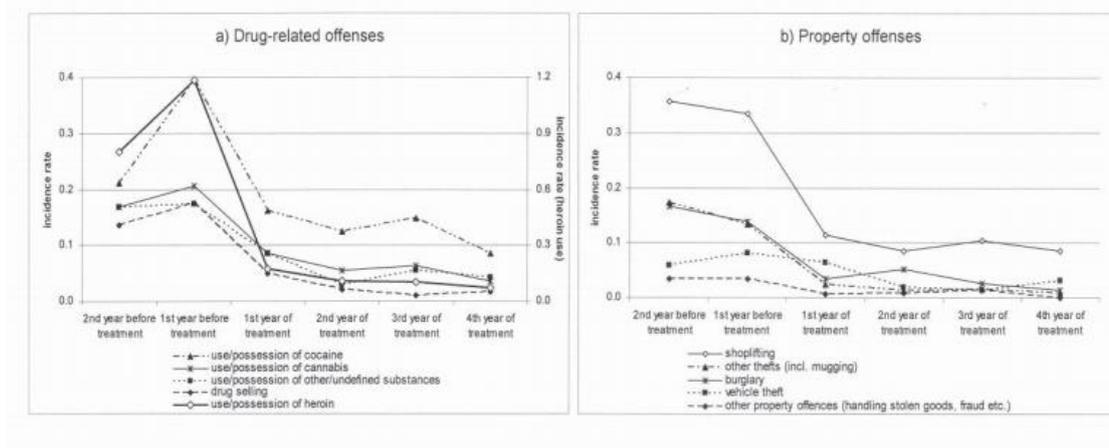
³⁶ Para uma análise completa do programa, ver Csete, J. (2010). "From the Mountaintops: What the World Can Learn from Drug Policy Change in Switzerland." Global Drug Policy Program. New York, NY: Open Society Foundations, May. Disponível em: http://www.soros.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524_0.pdf

³⁷ Aebi, M. et al. (1999). Op cit. Ver também Schatz, E. e Nougier, M. (2012). "Drug - consumption rooms evidence and practice". IDPC Briefing Paper, June. Disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2184810

Incidência de Uso Regular de Heroína em Zurique (Março de 2005)³⁸



Registros policiais relacionados a crimes de pacientes em tratamento de longo prazo taxas de incidência de diversos crimes³⁹



³⁸ Nordt, C. e Stohler, R. (2006). "Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis". *Lancet*; 367: 1830-34.

³⁹ Ribeaud, D. (2004). "Long-Term Impacts of the Swiss Heroin Prescription Trials on Crime of Treated Heroin Users". *Journal of Drug Issues*, 34, 1 Winter, pg. 163-194. Disponível em: <http://jod.sagepub.com/content/34/1/163.full.pdf>

5. DESCRIMINALIZAÇÃO NÃO TEM IMPACTO NO CONSUMO

De acordo com um relatório produzido pela organização inglesa *Release*, em nenhum dos 23 países que optaram por medidas que descriminalizaram o uso de drogas houve um aumento expressivo do consumo⁴⁰.

A descriminalização do consumo de drogas com forte enfoque em saúde pública pode ter um impacto positivo para os usuários e para a sociedade como um todo. Em Portugal, República Tcheca, Estônia, Colômbia, Espanha, Holanda, Paraguai e Austrália, os usuários passaram a ser direcionados, após a descriminalização, para os programas de tratamento protegendo-os do impacto devastador de uma condenação penal e levou à redução nos custos da justiça penal.

5.1 CASO PORTUGAL

Portugal foi o primeiro país europeu a descriminalizar o uso e a posse de todas as drogas ilícitas em 2001. Muitos observadores criticaram esta política, acreditando que conduziria ao aumento do uso de drogas. Mas não foi o que aconteceu.

Com a publicação da Lei N^o 30/2000⁴¹ em Portugal, a aquisição e a posse de drogas para consumo pessoal deixou de ser um delito criminal e passou a ser considerada uma contravenção, punível com multa ou com outra medida administrativa, aplicada pelas chamadas Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDTs). As comissões são compostas por membros das áreas jurídicas e de saúde e atendem, em média, cerca de 500 casos por mês⁴².

A lei portuguesa estipula quantidade estimada para uso próprio⁴³ tomando como base o período de 10 dias ⁴⁴, segundo o artigo 9^o da Portaria n^o 94/96⁴⁵.

⁴⁰ Rosmarin, A. e Eastwood, N. (2012). "A Quiet Revolution: Drug Decriminalization Policies in Practice across the Globe". *Release*, Julho. Disponível em: <http://www.release.org.uk/downloads/publications/release-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies.pdf>

Ver também: Vuolo, M., National-level drug policy and young people's illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union. *Drug Alcohol Depend.* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.12.012>

⁴¹ Ver texto da lei em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/lei_30-2000.pdf

⁴² Jelsma, M. (2009). *Inovações Legislativas em Política de Drogas*. Iniciativa Latino-americana sobre Drogas e Democracia. Disponível em: <http://www.bancodeinjusticas.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Martin-Jelsma-Inova%C3%A7%C3%B5es-Legislativas-em-Pol%C3%ADtica-de-Drogas.pdf>

⁴³ Domoslawski, A. (2011). *Política de Drogas em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Global Drug Policy Program, Open Society Foundation, Junho.

⁴⁴ Art. 2 da Lei N^o30/2000

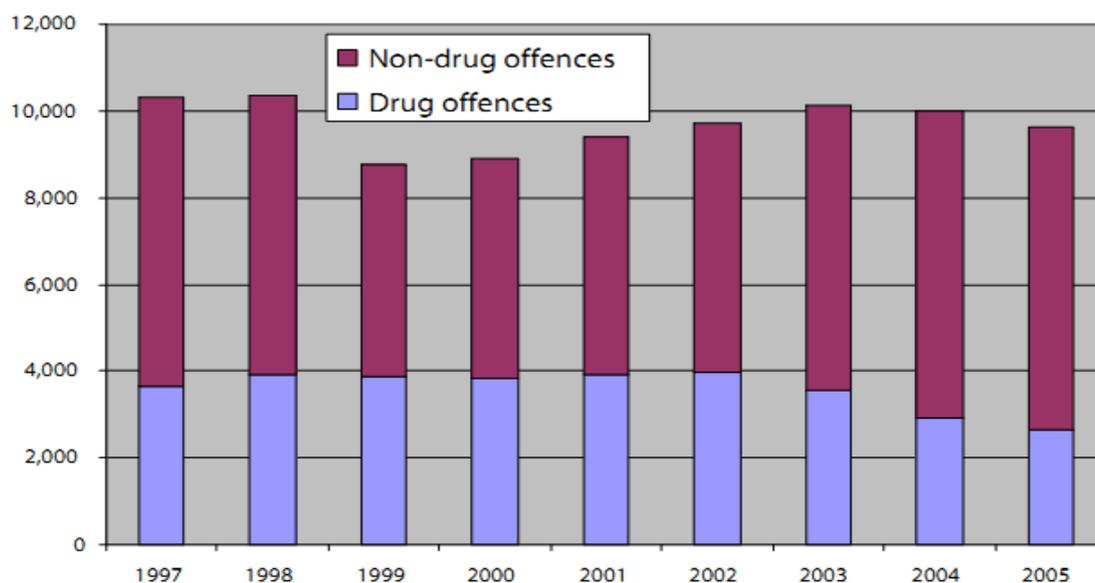
⁴⁵ Disponível em

http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Controle_da_Oferta_e_da_Procura/portaria_94_96.pdf Sobre os critérios quantitativos, ver Walsh, C. (2008). "On the threshold: How relevant should quantity be in determining intent to supply?" *International Journal of Drug Policy*, 19.

Com essas mudanças, Portugal se tornou um modelo internacional em matéria de política de drogas, dando exemplo de como um país pode trabalhar com estratégias alternativas às políticas repressivas ao uso com resultados positivos.

O gráfico abaixo mostra que a descriminalização em Portugal levou à redução do número de prisioneiros condenados por delitos relacionados às drogas sem ocorrer um impacto direto nas taxas de criminalidade - caindo de 44% em 1999, para 28% em 2005. Neste ano, o número de prisioneiros já não excedia mais a capacidade oficial das penitenciárias⁴⁶.

Número de prisioneiros sentenciados por crimes relacionados com drogas e por outros crimes - 1996-2005

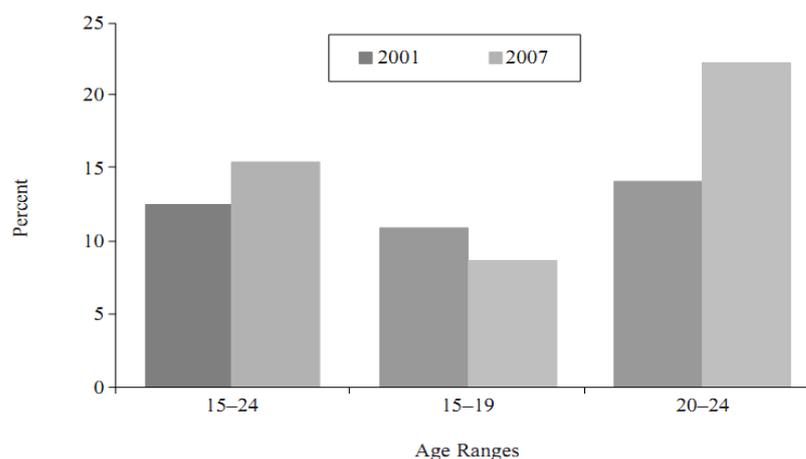


Nos três anos posteriores à implementação da reforma, houve também um forte declínio nas mortes relacionadas à heroína (de 350 em 1999 para 98 em 2003) e uma queda de 59% no total de mortes relacionadas ao consumo de drogas. Tal redução pode ser associada ao aumento significativo de consumidores que entraram em tratamento de substituição de heroína por metadona⁴⁷.

⁴⁶ Hughes, C. e Stevens, A. (2007). *"The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal"*. Drug Policy Programme, The Beckley Foundation. Disponível em: http://kar.kent.ac.uk/13325/1/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf

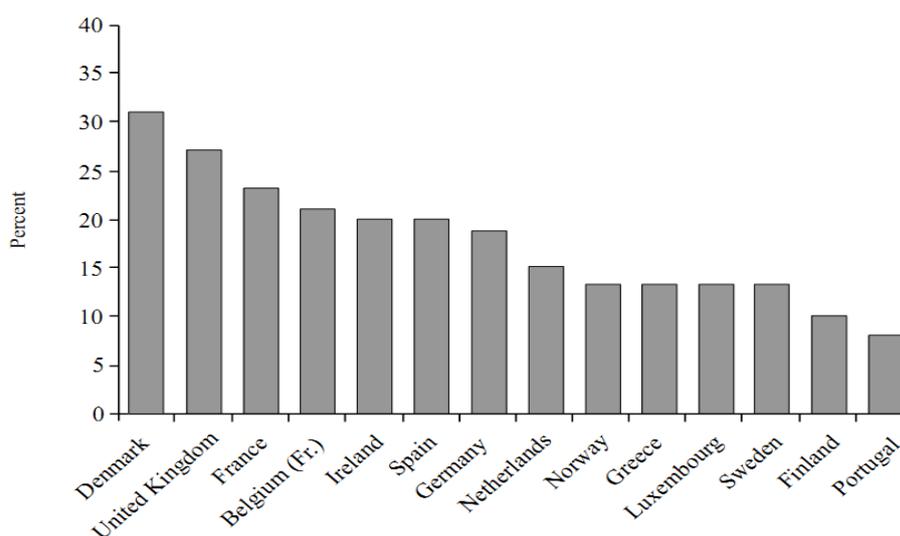
⁴⁷ Hughes, C. e Stevens, A. (2007). Op cit.

Portugal, 2001 e 2007. População geral (15 a 24 anos). Prevalência do uso de drogas (todas as drogas)⁴⁸



Source: Instituto da Droga e da Toxicod dependência de Portugal, Draft 2007 Annual Report, slide 8.

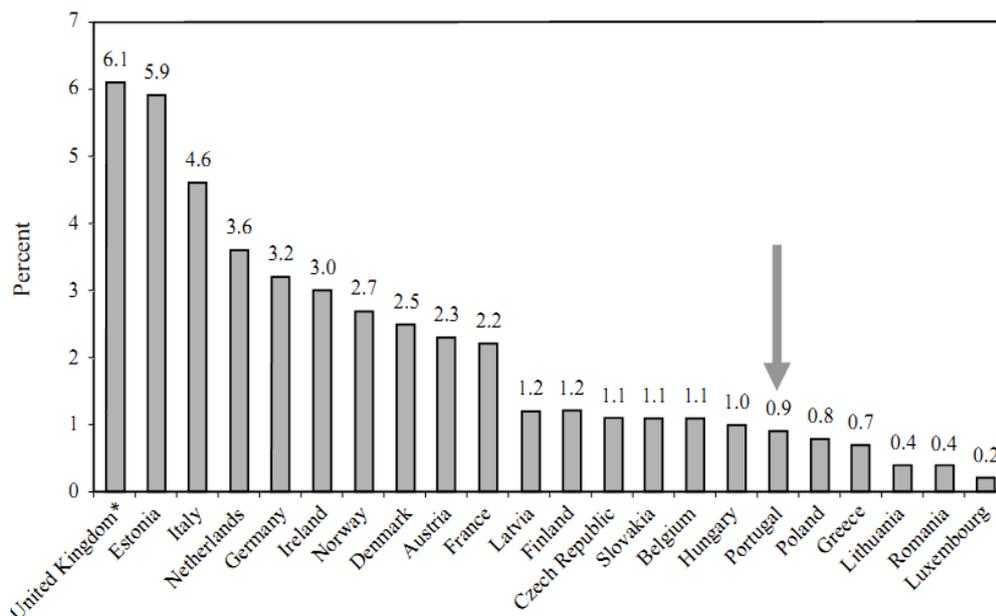
União Europeia (2001-2005). População geral (15-64 anos). Prevalência de uso de maconha na vida⁴⁹



⁴⁸ Greenwald (2009). Op cit.

⁴⁹ Idem.

União Europeia (2001-2005). População geral (15-64 anos). Prevalência de uso de cocaína na vida⁵⁰



O governo português considerou que a política de descriminalização de drogas foi um sucesso na medida em que possibilitou uma abordagem muito mais eficaz dos problemas de dependência⁵¹.

“O objetivo da política de Portugal é combater a doença e não os doentes” João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)⁵².

6. O USO POLITICO DO CRACK E AS INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS

O uso abusivo do crack é um problema que tem gerado consequências desastrosas para as parcelas mais vulneráveis da população brasileira. É necessário uma política intersetorial estruturada em ações de curto, médio e longo prazos que compreenda que o crack não é a única causa do problema destas pessoas. Pelo contrário, muitas vezes ele é a válvula de escape para enfrentar uma vida difícil e repleta de privações, de abusos e de violações de todos os direitos humanos fundamentais.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Idem.

⁵² Para mais informações sobre a política de drogas em Portugal, ver <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/pt>

Diante de uma questão que exige atuação imediata, devemos nos pautar pelas experiências dos países que durante anos apresentaram taxas altíssimas de morte e consumo de drogas pesadas, como heroína, cocaína e seus derivados. As experiências demonstram que o modelo única e exclusivamente baseado em internações compulsórias é ineficaz, pois o número de recaídas gira em torno 97% e fere princípios elementares dos direitos humanos.⁵³

De acordo com relatório do *Internacional Drug Policy Consortium*, programas baseados apenas na abstinência total não são suficientes para reduzir o uso de drogas e os danos associados a ele. Agências da ONU recomendaram a extinção das internações compulsórias e dos centros de reabilitação por não haver evidências científicas de que estas estratégias são exitosas no tratamento de usuários com dependência⁵⁴.

Além disso, é consenso na literatura mundial que o tratamento da dependência ao crack está associado a altas taxas de recaída⁵⁵. As evidências internacionais indicam que as abordagens mais bem-sucedidas para reduzir ou cessar o uso de crack são intervenções psicossociais, em que a comunidade e o meio cultural passam a ser elementos fundamentais no cuidado integral deste sujeito. No entanto, essas intervenções só funcionam quando é estabelecido um vínculo de confiança com o dependente químico, que opta voluntariamente pelo tratamento⁵⁶.

Os usuários de crack são particularmente problemáticos para o sistema de saúde porque normalmente já são socialmente marginalizados e têm um histórico de uso de drogas complexo - em muitos casos, fazem uso de várias drogas lícitas e ilícitas simultaneamente. Uma política para usuários de crack que não incorpore ações de redução das vulnerabilidades sociais (desemprego, violência, pobreza, exclusão social, entre outros), assim como programas para a juventude, reduz substancialmente a possibilidade de rompimento com o crack e de reinserção desses usuários.

De acordo com o relatório *Principles of Drug Dependence Treatment*⁵⁷, produzido pelas agências UNODC e OMS, uma política sobre drogas deve se basear em evidências científicas e associar distintamente intervenções farmacológicas e psicossociais para os diferentes tipos de adição. Algumas experiências bem-sucedidas na Colômbia e no Brasil, pautadas em estratégias de redução de danos, apontam para possíveis saídas para a questão do crack.

⁵³ Hughes, C. e Stevens, A. (2007). Op cit. e European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2010). "2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe". EMCDDA, Lisboa, Novembro. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.

Ver também <http://www.harmreductionjournal.com/>

⁵⁴ UN AIDS, Joint Statement (2012). "Compulsory drug detention and rehabilitation centres". Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf

⁵⁵ National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) (2002). "Treating cocaine/crack dependence - Research into practice: 1st drug services briefing - Drug and Alcohol Findings". London.

⁵⁶ Connolly, J., Foran, S., Donovan, A., Carew, A. e Long J. (2008). "Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a crack cocaine strategy." HRB Research Series 6. Disponível em: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf

⁵⁷ UNODC e WHO (2008). "Principles of Drug Dependence Treatment". Discussion Paper. Viena, Março. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>

No Brasil, o psiquiatra Dartiu Xavier da UNIFESP, com décadas de experiência no atendimento aos usuários de crack, passou a observar algumas estratégias individuais de usuários para saírem da “fissura” durante o pico de uso do crack. Uma delas foi o uso de maconha para reduzir o mal-estar provocado pelo uso excessivo da droga. A partir destes relatos, o professor Dartiu considerou a hipótese de que a maconha poderia ser uma colaboração importante para o abandono progressivo do crack por alguns usuários.

Ao isolar um grupo de pacientes que faziam uso deste método, o professor constatou que cerca de 70% abandonaram o crack e, depois, pararam espontaneamente com a maconha. "Foi quase um remédio", afirma Xavier. "A maconha estimula o apetite e reduz a ansiedade, dois problemas sérios na vida de um cocainômano."⁵⁸

A Colômbia vai implementar um projeto-piloto na capital Bogotá para dependentes de crack que propõe a substituição do crack por maconha. O programa terá oito meses. Após esse período, a estratégia será avaliada e poderá se tornar uma política pública. O plano *Cannabis para Crack* faz parte de um programa maior da prefeitura de Bogotá que oferecerá tratamento a usuários problemáticos.

“Um típico usuário de crack gasta entre U\$ 380 a U\$ 550 para sustentar seu hábito”, segundo Julian Quintero, da Ação Técnica Social da prefeitura de Bogotá. Esta constatação revela o quanto os usuários de crack marginalizados são vítimas de uma lógica perversa de adição e crime que se torna quase impossível de escapar por si só.⁵⁹

No Brasil a questão do crack tem sido usada politicamente por grupos religiosos e conservadores para promover retrocessos na política de drogas. A Câmara de Deputados aprovou em 22 de maio o Projeto de Lei 7663/2010, de autoria de Osmar Terra (PMDB-RS) e relatoria de Givaldo Carimbão (PSDB-AL). Este projeto é ultrapassado, pois ignora o conhecimento científico e as boas práticas acumuladas nas últimas décadas. Além de se pautar na lógica da proibição que se fundamenta no medo e na crença de que punir é mais eficiente do que informar, regular e tratar.

A mobilização da sociedade civil conseguiu derrubar trechos do projeto, como a criação de um cadastro nacional de usuários de drogas. Mas graves retrocessos, escondidos atrás de um discurso de defesa da saúde pública, permanecem no PL. O texto aprovado na Câmara propõe aumento da pena para o tráfico, sem diferenciar claramente usuários de traficantes, e reforça o papel da política de internação involuntária em entidades privadas, medida de exceção cara e pouco eficaz já prevista em lei, em detrimento de investimentos no fortalecimento de uma rede pública de tratamento da dependência.

É verdade que o "problema" do crack é complexo. Não há respostas simples. É por isso que pesquisas e dados devem ser apresentados com cuidado. Durante o programa Roda Viva, exibido pela TV Cultura no dia 20/05/2013⁶⁰, o médico Ronaldo Laranjeira cita um estudo sobre cocaína e crack realizado em um único hospital do município de São Paulo. O estudo em

⁵⁸ Ver <http://super.abril.com.br/cotidiano/maconha-porta-entrada-drogas-mais-pesadas-620272.shtml>

⁵⁹ Ver <http://www.druglawreform.info/en/weblog/item/4646-cannabis-to-substitute-crack>

⁶⁰ Ver <http://www.youtube.com/watch?v=AjXV2YiEWZQ>



questão apresentou uma pequena amostra, cerca de 131 dependentes. Desta amostra, 27 pessoas ou 20% desses consumidores de crack morreram em um período de 12 anos⁶¹. Destas, apenas duas morreram de overdose e o resto de violência e doenças evitáveis (HIV e hepatite). Ele afirma que um terço de todos os dependentes de crack morre por causa da droga. Não somente não é impreciso generalizar esse percentual para a população como um todo, como, neste caso, o remédio (a repressão criminal) é muito pior que a doença (crack).

Há sempre um risco de simplificar um argumento quando debatemos questões complexas, como é a política de drogas. Mas há também o perigo de confundir a lógica ao apresentar de forma obscura os dados. A sociedade brasileira está ávida por um debate claro e verdadeiro. É mais do que hora de debater sem medo e sem preconceito. É para este debate que a Rede Pense Livre está convocando a sociedade brasileira.

Rede Pense Livre é uma rede formada por mais de 80 jovens lideranças de diversos setores da sociedade brasileira com a missão de promover um debate amplo e qualificado por uma política sobre drogas que funcione.

De natureza independente e apartidária, a rede nasce da premissa que a política sobre drogas é uma questão central para o desenvolvimento humano, social e econômico do Brasil. Ao informar a sociedade sobre melhores práticas, a Rede Pense Livre ajuda a construir uma agenda positiva sobre o tema.

Agenda inicial proposta pela Rede Pense Livre para o Brasil:

1. Descriminalizar o consumo de todas as drogas, e investir em uma abordagem de saúde pública.
2. Regular o uso medicinal e o auto cultivo da *cannabis* para consumo pessoal.
3. Investir em programas para a juventude em risco, e oferecer penas alternativas para réus primários não violentos.
4. Viabilizar pesquisas médicas e científicas com todas as drogas ilegais.

⁶¹ DIAS, Andréa Costa Dias; RIBEIRO, Marcelo; DUNN, John Dunn; SESSO, Ricardo; LARANJEIRAS, Ronaldo. Follow-up Study of Crack Cocaine Users: Situation of the Patients after 2, 5, and 12 years.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21745049>