



POR UMA POLÍTICA
DE DROGAS
QUE FUNCIONE.

Respondendo aos mitos

Este documento responde com fatos e dados científicos aos mitos criados em torno do debate sobre políticas de drogas.

SÉRIE CADERNOS DE REFLEXÃO

ANO I, NÚMERO 02, OUTUBRO DE 2012

UMA PUBLICAÇÃO DA REDE PENSE LIVRE

A missão da **Rede Pense Livre** é promover um debate amplo e qualificado por uma política sobre drogas que funcione.

m e m b r o s

Adriana Rangel Pestana / Estudante de História da Arte

Aldo Zaiden / Psicólogo

Alessandra Fontana Oberling / Antropóloga

Ana Barbara Szabó / Jornalista

Ana Carla Pecego / Médica

Ana Paula Azevedo Tubandt / Educadora

André Palhano / Jornalista

Binho Ribeiro / Grafiteiro

Bruno Torturra / Jornalista

Camilo Rocha / Jornalista

Carlos Jereissati Filho / Empresário

Daniel Nicory / Defensor Público

Dênis Russo Burgierman / Jornalista

Edgard Gouveia Júnior / Arquiteto

Edu Santaela / Produtor Online

Fabiana Lustosa Gaspar / Psicóloga

Fabiano Robalinho Cavalcanti / Advogado

Fábio Luis Ribeiro / Mercado Financeiro

Facundo Guerra / Empresário

Fernanda Mello Mena / Jornalista

Fernando Gronstein Andrade / Cineasta

Florencia Fontan Balestra / Advogada

Guilherme Coelho / Documentarista

Guilherme Passos / Mercado Financeiro

Guilherme Werner / Estudante de Economia

Gustavo Diniz / Especialista em Estudos de Conflito, Violência e Desenvolvimento

Ilona Szabó de Carvalho / Especialista em Políticas Sobre Drogas e Redução da Violência

Ines Mindlin Lafer / Psicóloga

Janaina Nascimento / Relações Internacionais

Joanna Guinle / Publicitária e Web Expert

João Felipe Figueira de Mello / Advogado

João Manoel Pinho de Mello / Professor de Economia

João Marcelo Oliveira da Silva / Jornalista

José de Camargo Junior / Empresário

José Emygdio de Carvalho Neto / Ativista Político

José Marcelo Zacchi / Advogado

Julia Bacha / Cineasta

Juliana Davies Mello / Jornalista

Larissa Marques / Jornalista

Leandro Matulja / Jornalista

Leticia da C. Paes / Professora de Direito

Luciana Boiteux / Professora de Direito

Luciana Chernicharo / Estudante de Direito

Luciana Guimarães / Advogada

Marcello Serpa / Diretor de Criação e Publicitário

Marcos Alcântara Machado / Empreendedor Liberal

Maria Claudia Chaves / Advogada

Marussia Whately / Ambientalista

Mauricio Fiore / Antropólogo

Melina Risso / Jornalista e Gestora de Políticas Públicas

Miguel Corrêa Lago / Cientista Político

Monica Cavalcanti / Jornalista

Monica Viceconti / Cientista Social

Patricia Kundrat / Administradora

Patricia Villela Marino / Advogada

Paulo Eduardo Busse Ferreira Filho / Advogado

Pedro Cardoso Zylbersztajn / Estudante

Pedro V. Abramovay / Professor de Direito

Rafael Parente / Educador

Rebeca Lerer / Jornalista

Renato Filev / Neurocientista

Ricardo Luiz de Macedo Costa / Cineasta e Ativista

Roberto Marinho Neto / Empresário

Roberto P. Krukoski Gevaerd / Advogado

Rodrigo MacNiven / Jornalista e Cineasta

Respondendo aos mitos

Este documento responde com fatos e dados científicos aos mitos criados em torno do debate sobre políticas de drogas.

Mito I: descriminalização em Portugal

Em julho de 2001, Portugal se transformou no primeiro país europeu a descriminalizar o uso e a posse de todas as drogas ilícitas¹. Muitos observadores criticaram esta política, acreditando que conduziria ao aumento do uso de drogas. As respostas abaixo são baseadas em estudos feitos 10 anos após a implementação da política sobre drogas.

1. “A descriminalização do uso de drogas ilícitas gerou um aumento no consumo de drogas em Portugal”.

- Nos três anos posteriores à implementação da reforma, houve um **forte declínio nas mortes relacionadas à heroína** (de 350, em 1999, para 98, em 2003) e também uma **queda de 59% no total de mortes relacionadas ao consumo de drogas**².
- Após a descriminalização, verificou-se uma **redução no consumo** de cannabis, cocaína, heroína, LSD, entre outras drogas, **entre os jovens na faixa etária dos 15 aos 19 anos, período etário considerado de maior risco**³.
- Houve um modesto aumento no consumo de drogas entre os jovens de 20 a 24 anos. Contudo, o aumento no consumo não pode ser atribuído apenas à descriminalização, uma vez que vários países europeus também apresentaram aumentos no mesmo período. No entanto, no contexto geral, a **prevalência do uso de drogas em Portugal continua bem abaixo da média europeia**⁴.
- Outro fator que pode ter influenciado as estatísticas é que, depois da descriminalização, mais jovens podem ter se disponibilizado a dar informações verídicas sobre seus padrões de consumo nos questionários.

1 Para uma análise completa do programa, ver Artur Domoslawski “Política da Droga em Portugal, os benefícios da descriminalização do consumo de drogas”, Global Drug Policy Program (New York, NY: Open Society Foundations, June 2012). Disponível <https://www.soros.org/reports/drug-policy-portugal-benefits-decriminalizing-drug-use>.

2 Caitlin Hughes and Alex Stevens, “The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal”, The Beckley Foundation Drug Policy Programme, 2007. Disponível em http://kar.kent.ac.uk/13325/1/BFDPP_BP_14_EffectsOfDecriminalisation_EN.pdf.pdf.

3 Glenn Greenwald, “Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies.” Cato Institute, 2009. Disponível em http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf.

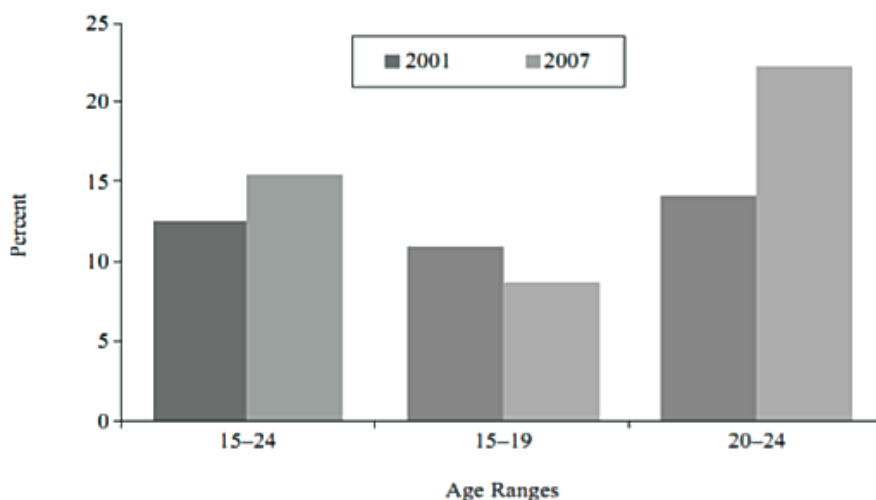
4 Idem.

- Houve um aumento significativo de consumidores que entraram em tratamento de substituição de heroína por metadona, contribuindo para a diminuição das taxas de morte relacionadas a esse consumo⁵.
- Outra consequência importante da política foi a **diminuição da percentagem de consumidores de drogas (principalmente heroína) entre os infectados com HIV** em Portugal. Em 2000, havia 2.758 novos diagnósticos de pessoas infectadas com HIV, das quais 1.430 eram consumidores de drogas (52%). Em 2008, o número total de novos diagnósticos era de 1.774 dos quais 352 eram consumidores de drogas (20%). Esta tendência manteve-se em 2009. Apesar de os dados para esse ano ainda não estarem disponíveis, até março de 2010, o número total de novos casos era de 1.107.

2. “Portugal é o país com maior aumento da criminalidade”.

- A descriminalização em Portugal levou a uma **redução do número de prisioneiros condenados por delitos relacionados às drogas** - caindo de 44%, em 1999, para 28%, em 2005. No ano de 2005, o número de prisioneiros já não excedia mais a capacidade oficial das penitenciárias⁶.
- Houve uma **queda na taxa de crimes relacionados com o consumo de drogas**, especialmente a pequena criminalidade associada aos consumidores que, para obterem a droga, cometiam pequenos delitos⁷. Isso se deve em grande parte à terapia de substituição por metadona, e não pela descriminalização do uso. O efeito da disponibilização de tratamento por metadona - uma estratégia de redução de danos - nas taxas de crime está bem documentado em vários países e é consistente com a experiência portuguesa.

Portugal, 2001 e 2007. População geral (15 a 24 anos).
Prevalência do uso de drogas (todas as drogas)⁸



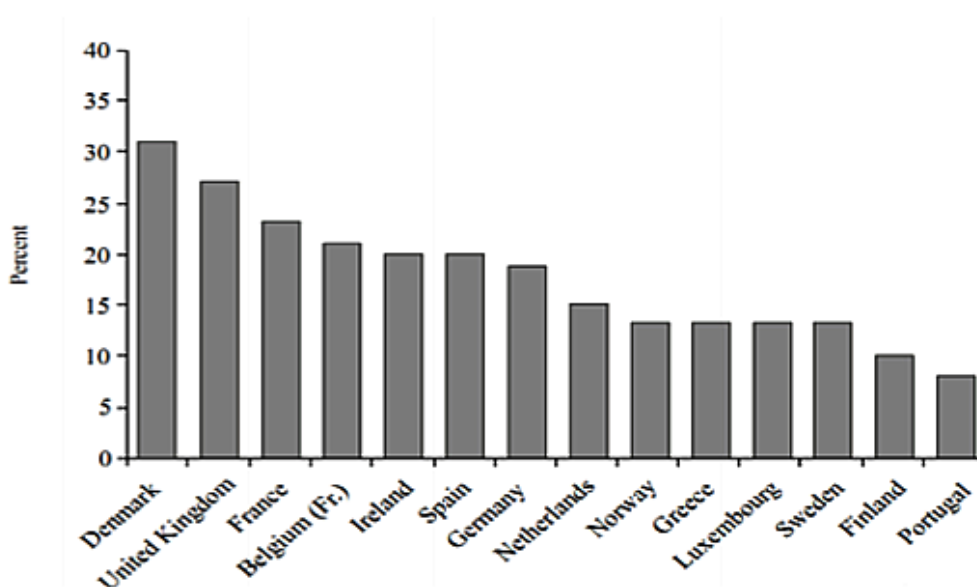
5 Caitlin Hughes and Alex Stevens, “The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal”, Op. cit., nota 2.

6 Caitlin Hughes and Alex Stevens, “The Effects of Decriminalization of Drug Use in Portugal”, Op. cit., nota 2.

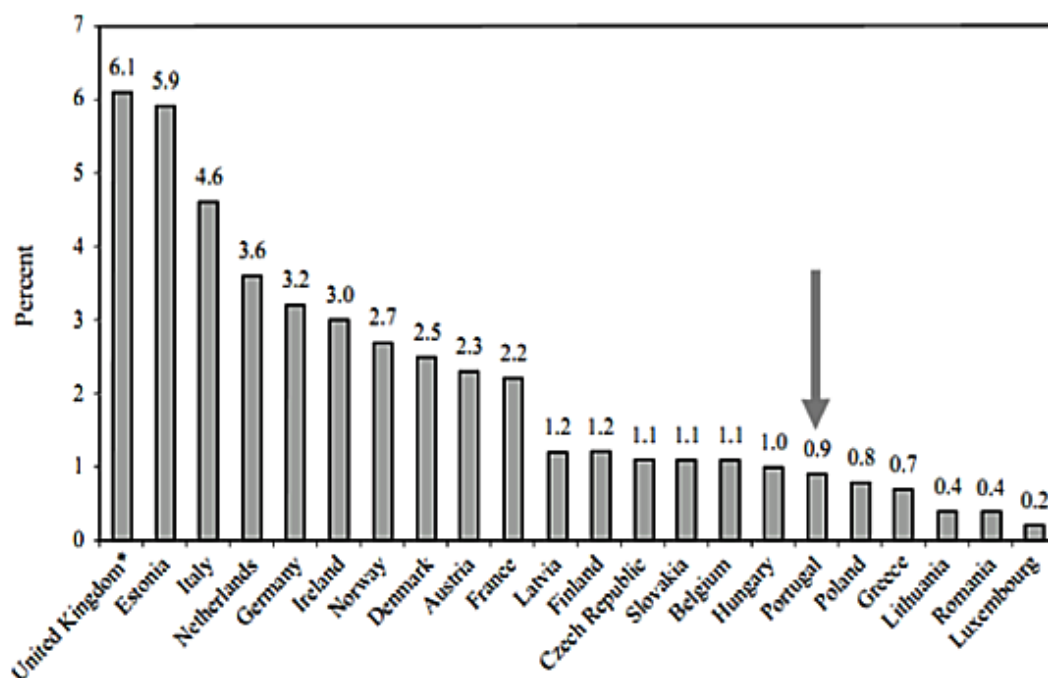
7 Artur Domoslawski “Política da Droga em Portugal, os benefícios da descriminalização do consumo de drogas”, Op. cit., nota 1.

8 Glenn Greenwald, “Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies”, Op. cit., nota 3.

União Europeia (2001-2005), População geral (15-64 anos)
Prevalência de uso de maconha na vida⁹



União Europeia (2001-2005), População geral (15-64 anos)
Prevalência de uso de cocaína na vida¹⁰



9 Idem

10 Idem

Mito II: maconha

1. “Maconha é porta de entrada para outras drogas mais pesadas como crack ou heroína”

- **Não existe nenhum estudo que apoie a teoria da “porta de entrada”.** Uma pesquisa desenvolvida pelo *Institute of Medicine*, da Academia Nacional das Ciências dos Estados Unidos, concluiu que: “Padrões na progressão do uso de drogas desde a adolescência até a idade adulta são regulares. Pelo fato de a maconha ser a droga ilícita mais fácil de encontrar, é previsível que esta seja a primeira droga da qual a maioria dos usuários de outras drogas ilícitas afirmam ter usado inicialmente. Mas, na verdade, a maioria dos usuários de drogas começa pelo álcool e pela nicotina antes da maconha. (...) Assim sendo, não há provas conclusivas de que os efeitos da maconha são causalmente ligados ao abuso subsequente de outras drogas ilícitas”¹¹.
- Uma pesquisa da **Organização Mundial de Saúde** sobre o efeito “porta de entrada” da maconha declarou enfaticamente que a ideia de que o uso da maconha por adolescentes leva ao consumo de heroína **é a menos provável de todas as hipóteses**¹².
- A mesma pesquisa destacou que o mercado ilegal de drogas, e não a maconha, pode funcionar como uma “porta de entrada” para drogas ilegais mais pesadas: “o fato de o usuário estar exposto a outras drogas na compra de cannabis no mercado ilegal aumenta a oportunidade de comprar e usar outras drogas ilícitas”¹³.

2. A maconha causa esquizofrenia.

Um psiquiatra brasileiro mencionou que tem crescido o número de pessoas com transtornos psicóticos e esquizofrenia em decorrência do uso da maconha. Segundo ele, 10% dos usuários estariam expostos a esse risco.

- **Essa afirmação não tem embasamento científico.** A maneira de saber se esta hipótese está correta seria analisar uma sociedade em que tenha tido um grande aumento do consumo de maconha entre adolescentes e checar se houve aumento do número de esquizofrênicos. Um estudo feito por Martin Frisher fez essa análise na Inglaterra e concluiu que **não é possível dizer que há essa correlação entre a maconha e a esquizofrenia ou as psicoses**¹⁴.

11 Janet E. Joy, Stanley J. Watson, Jr., and John A Benson, Jr. (1999). “*Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base*”, Division of Neuroscience and Behavioral Research, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press. Disponível em http://medicalmarijuana.procon.org/sourcefiles/IOM_Report.pdf.

12 Hall, W., Room, R. & Bondy, S. (1998), “*WHO Project on Health Implications of Cannabis Use: A Comparative Appraisal of the Health and Psychological Consequences of Alcohol, Cannabis, Nicotine and Opiate Use*”, August, 1995. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em <http://druglibrary.org/schaffer/hemp/general/who-index.htm>.

13 Idem

14 Martin Frisher, Ilana Crome, Orsolina Martino, Peter Croft, “*Assessing the impact of cannabis use on trends in diagnosed schizophrenia in the United Kingdom from 1996 to 2005*”, Schizophrenia Research, Volume 113, Issues 2–3, September 2009. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996409002692>.

- Diversos especialistas consideram que **as pessoas que desenvolvem esquizofrenia procuram a maconha por outro motivo**. Por exemplo, um dos sintomas do paciente que desenvolverá esquizofrenia, mas ainda não teve surto, é a ansiedade. Há pesquisas que mostram que um número alto de pessoas que usam maconha o fazem para se automedicar da ansiedade, na medida em que a substância tem propriedades ansiolíticas.¹⁵
- A esquizofrenia é uma doença de etiologia extremamente complexa, que vai da neurofisiologia, passando pela genética, e chegando à teoria da linguagem e psicanalítica. É muito complicado afirmar que um único fator (seja ele a maconha ou qualquer outro elemento isolado) possa CAUSAR esquizofrenia, que é um termo fortíssimo em epidemiologia e que deveria ser utilizado com cautela, e não ideologicamente.¹⁶
- Geralmente quando a maconha atua como gatilho para um primeiro episódio de surto esquizofrênico, acredita-se que o indivíduo já estava em risco de desenvolver a doença, a qual poderia ter sido “causada” por inúmeras outras situações que causam stress ou ansiedade.

Mito III: crack

1. “Vivemos uma epidemia de crack no Brasil”.

- O professor Francisco Inácio Bastos, coordenador da pesquisa que estuda o consumo de crack no Brasil, desenvolvida pela Fiocruz e pelo Ministério da Saúde em parceria com Senad, afirma que, atualmente, carecemos de dados científicos para afirmar que o crack é uma epidemia no Brasil.

2. “Todos os usuários de crack começaram pela maconha”.

- O usuário de crack não necessariamente passou pela maconha anteriormente. **Essa afirmação não tem embasamento científico**. De fato, existem casos em que o usuário de crack não consumiu outras drogas ilícitas antes do crack.
- Conforme diversas pesquisas, o cigarro e o álcool são as drogas mais citadas como as primeiras consumidas entre os usuários de crack¹⁷.
- Como se mencionou anteriormente, **não existe nenhum estudo que apóie a teoria da “porta de entrada”**.

15 Martin Frisher, Ilana Crome, Orsolina Martino, Peter Croft, “Assessing the impact of cannabis use on trends in diagnosed schizophrenia in the United Kingdom from 1996 to 2005”, Schizophrenia Research, Volume 113, Issues 2–3, September 2009. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996409002692>.

16 Entrevista com o professor Francisco Inácio Bastos da Fiocruz em 18/06/2012

17 Entre outros, Zila van der Meer Sanchez* e Solange Aparecida Nappo, “Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes”, Rev. Saúde Pública vol.36 no.4. São Paulo, 2002. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000400007&script=sci_arttext; Kandel DB, Yamaguchi K. “From beer to crack: developmental patterns of drug involvement”, Am J Public Health 1993;83:851-5. Disponível em <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.83.6.851>; Mackesy-Amiti ME, Fendrich M, Goldstein PJ. “Sequence of drug use among serious drug users: typical vs atypical progression”, Drug Alcohol Depend, 1997. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037687169700032X>.

- O usuário de crack geralmente é um poliusuário de drogas, isto é, utiliza simultaneamente uma combinação de diversas drogas (álcool, cocaína, maconha, solventes, etc.)¹⁸. Na Europa, 2/3 dos usuários também utilizam heroína¹⁹.

Mito IV: o consumo e a dependência

1. “Todo usuário é um dependente em potencial”

- O risco de virar dependente de qualquer tipo de droga, seja lícita ou ilícita, **depende de diversos fatores**: tipo de droga, quantidade consumida, periodicidade, assim como questões subjetivas da pessoa, incluindo fatores biológicos.
- **Os fatores que levam o usuário experimental ou ocasional a se tornar toxicodependente são variados e complexos**. De acordo com a UNODC / OMS, a dependência de drogas é o resultado de uma “interação multifatorial complexa entre uma repetida exposição às drogas e fatores biológicos e ambientais²⁰”. Em outras palavras, questões sociais, culturais e psicológicas, combinadas com fatores biológicos, possivelmente incluindo um componente genético, estão relacionadas com a dependência de drogas.
- É necessário diferenciar **entre os usos predominantemente recreativos e os usos mais problemáticos das drogas**. Muitas das pessoas que usam drogas nunca se tornarão dependentes. Estimativas recentes sugerem que entre 153 milhões e 300 milhões de pessoas de 15 a 64 anos de idade (de 3,4% a 6,6% da população mundial), consumiram alguma substância ilícita pelo menos uma vez no ano de 2010²¹. Cerca de metade delas eram consumidoras habituais de drogas, ou seja, pessoas que usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez no mês anterior à data de avaliação. Porém, apenas uma minoria - estimada pela ONU entre 15,5 e 38,6 milhões de pessoas no mundo (aproximadamente 12% do total de usuários de drogas ilícitas)²², desenvolverá padrões problemáticos de uso e/ou dependência²³, para os quais o tratamento resultará necessário.
- A porcentagem de usuários problemáticos varia conforme o tipo de droga. No caso específico da **canna-**

18 Lígia Bonacim Duailibi, Marcelo Ribeiro, Ronaldo Laranjeira, “*Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*”, Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Depto de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Disponível em http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf.

19 European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, “*2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*”, EMCDDA, Lisboa, Novembro, 2010. Disponível em <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>.

20 UNODC/WHO (2008) “*Principles of Drug Dependence Treatment*”, Disponível em <http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.

21 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), “*World Drug Report 2012*”, Disponível em http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Chapter1.pdf.

22 Idem

23 Não existe consenso sobre a definição de “usuários problemáticos de drogas”. O UNODC define como os que “*ousam regularmente substâncias ilícitas e podem ser considerados dependentes, e aqueles que usam drogas injetáveis*” (Ver <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/WDR2011-ExSum.pdf>). Já o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) utiliza a seguinte definição: “*uso de drogas injetáveis ou uso de longa duração/regular de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas*” (Ver <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu>).

bis, a substância ilícita de maior consumo no mundo, sendo usada por cerca de 200 milhões de pessoas (o que representa cerca de 75% dos usuários ilícitos de drogas no mundo), **o percentual de usuários recreativos que desenvolve padrões de consumo problemático é ainda menor (10%)**^{24 25}.

- No que se refere à **cocaína**, dados dos EUA para o ano de 2010 sugerem que aproximadamente 15% dos usuários podem ser considerados dependentes²⁶. Essa percentagem aumenta para 26% no caso das **metanfetaminas** e a mais de 50% no caso da **heroína**²⁷.

Mito V: danos à saúde

1. “A epidemia da droga já é o maior problema de saúde”.

- É **necessário diferenciar as substâncias com base nos danos que apresentam para a saúde** (o nível de danos da maconha não é o mesmo que o da heroína).
- Relatório da Beckley Foundation, do Reino Unido, sobre a cannabis²⁸ concluiu que, embora a cannabis possa ter impactos negativos na saúde (incluindo saúde mental), em termos de danos relativos, a cannabis é consideravelmente menos prejudicial que o álcool ou o tabaco. Historicamente, o número de mortes atribuídas à cannabis é irrisório, enquanto o álcool e o tabaco juntos são responsáveis por cerca de 7,5 milhões de mortes no mundo anualmente. Nos Estados Unidos, um estudo realizado pela Universidade de Columbia afirma que o álcool é associado com mais crimes violentos do que qualquer outra droga ilegal, incluindo crack, cocaína e heroína²⁹.
- No Brasil, um estudo sobre mortes por drogas legais ou ilegais do Ministério da Saúde mostra que o álcool é o campeão de mortandade: entre 2006 e 2010, 40.692 pessoas morreram em decorrência do uso de drogas, a grande maioria pelo uso do álcool (85%) seguido do fumo (11,3%)³⁰.
- Estatísticas similares se repetem no nível global³¹: em 2004, o fumo foi responsável por 8,7% das mortes

24 Martin Jelsma (Transnational Institute), “O estado atual do debate sobre políticas de drogas. Tendências da última década na União Europeia e nas Nações Unidas”, Texto de apoio para a Primeira Reunião da Comissão Latino-americana sobre Drogas e Democracia Rio de Janeiro, 30 de abril de 2008. Disponível em http://www.soros.org/sites/default/files/jelsma-current-state-policy-debate-portuguese-20100630_0.pdf.

25 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), “World Drug Report 2012”, Disponível em http://www.unodc.org/documents/southerncone/Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_References_to_Brazil_PRT.pdf.

26 Idem

27 Idem

28 Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S. and Reuter, P. (2008), “The Global Cannabis Commission Report”, Oxford: Beckley Foundation. Disponível em http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Cannabis_Commission_Report.pdf.

29 Joseph Califano, “Behind Bars: Substance Abuse and America’s Prison Population”, The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (1998). Disponível em http://www.casacolumbia.org/templates/Publications_Reports.aspx#r49.

30 Confederação Nacional de Municípios, “Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil”, Janeiro de 2012. Disponível em http://www.cnm.org.br/images/stories/Links/Mortes_causadas_pelo_uso_de_substancias_psicotrpicas_no_Brasil_jan2012.pdf.

31 WHO, “Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks”, Geneva, 2009. Disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

globais, enquanto o álcool estava associado a 3,6% e as drogas ilícitas respondem por 0,4% das mortes globais.

**Mortes e anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)
no mundo atribuíveis ao uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco em 2004³²**

Risco	Mundo
Percentual de mortes	
Álcool	3.6
Drogas ilícitas	0.4
Tabaco	8.7
Total	12.6
Percentual de DALYs	
Álcool	4.4
Drogas ilícitas	0.9
Tabaco	3.7
Total	9.0

2. “O sistema de saúde está falido e não vai suportar um aumento na demanda”

- A **dependência às drogas já é um problema de saúde pública**. Mesmo nos países onde se criminaliza o consumo, esta demanda já existe, apesar de ser mais facilmente ignorada por causa do medo que os usuários problemáticos têm de procurar ajuda. A descriminalização possibilita o **redirecionamento dos recursos públicos investidos nas políticas de repressão à demanda de drogas (polícia, prisões, etc.) para a área da saúde**, aumentando os investimentos e possibilitando a adequada estruturação da rede pública para poder garantir um tratamento de qualidade para dependentes químicos no país. Tratar é muito mais barato, eficiente e humano do que prender.
- A descriminalização das drogas não aumenta o consumo. Quando acompanhada por políticas de saúde pública, estratégias de redução de danos e uma boa política de prevenção, a descriminalização pode diminuir o consumo, a exemplo do que aconteceu na Suíça com o consumo de heroína³³.
- De acordo com levantamento da Campanha Nacional pelo Direito à Educação (2011)³⁴, o país investe

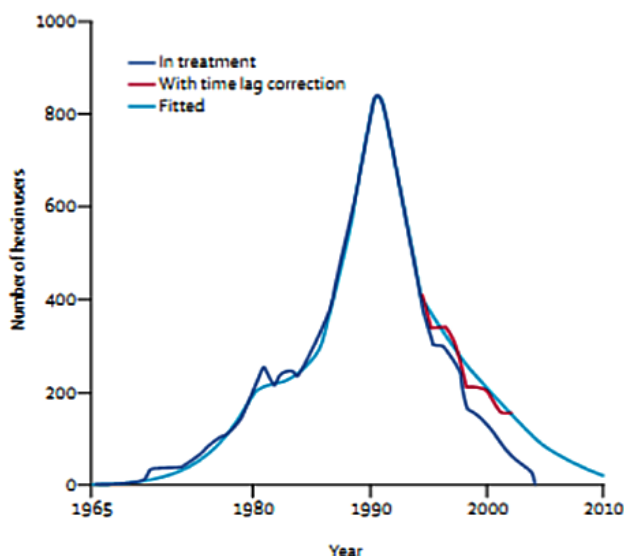
³² Idem.

³³ Para uma análise completa do programa, ver Joanne Csete, “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 2010). Disponível em http://www.soros.org/sites/default/files/from-the-mountaintops-english-20110524_0.pdf.

³⁴ Disponível em <http://oglobo.globo.com/educacao/brasil-gasta-com-presos-quase-triplo-do-custo-por-aluno-3283167>.

mais de R\$ 40 mil por ano em cada preso em um presídio federal, enquanto gasta uma média de R\$ 15 mil anualmente com cada aluno do ensino superior. Em relação aos presídios estaduais - onde está a maior parte da população carcerária -, a distância é ainda maior: são gastos, em média, R\$ 21 mil por ano com cada preso - nove vezes mais do que o gasto por aluno no ensino médio por ano, R\$ 2,3 mil. Os dados revelam duas questões centrais: o baixo valor investido na educação e a ineficiência do gasto com o sistema prisional. Isso sem analisar os resultados e consequências oriundos destes investimentos.

**Incidência de uso regular de heroína em Zurique
março de 2005³⁵**



Mito VI: efeitos negativos da descriminalização

1. “A descriminalização provoca o aumento exponencial do consumo e poder gerar uma epidemia”.

- Mais de 25 países já descriminalizaram o uso de drogas ilícitas. **Nenhum deles apresentou um aumento exponencial do consumo nem uma epidemia de drogas.**
- **Descriminalizar o consumo de drogas ilícitas não significa legalizá-lo.** A descriminalização consiste na exclusão da conduta do âmbito da lei criminal. Como consequência, o uso de drogas deixa de ser considerado um crime e os usuários não podem ser mais processados criminalmente por consumir ou por atos preparatórios, como aquisição e posse para consumo. Porém, a conduta continua sendo considerada ilegal e ainda cabem sanções administrativas como multas, suspensão da licença de motorista, etc. Ao mesmo tempo, a lei continua punindo a produção, a venda e o tráfico de drogas ilícitas.

35 Carlos Nordt e Rudolf Stohler, “Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis”, *The Lancet*, 2006; 367: 1830–34. Disponível em http://www.puk-west.uzh.ch/research/substanzstoerungen/Nordt_Stohler_Lancet_2006.pdf.

- Um estudo³⁶ recente avaliou o impacto da descriminalização do uso de drogas em diversos países (Portugal, República Tcheca, Estônia, Colômbia, Espanha, Holanda, Paraguai, Peru, México, Austrália, entre outros). A pesquisa estabelece que, embora a descriminalização não seja a panaceia para todas as dificuldades associadas ao uso problemático de drogas, a estratégia consegue direcionar maior quantidade de usuários para os programas de tratamentos, provoca uma redução nos custos da justiça penal e protege os usuários de drogas do impacto devastador de uma condenação penal. O estudo concluiu **que a descriminalização do consumo de drogas, com um enfoque de saúde pública, pode ter um impacto positivo tanto nos usuários de drogas como na sociedade como um todo.**
- **O principal efeito da descriminalização é que os usuários de drogas deixam de ser considerados criminosos.** A polícia não tem mais o poder de deter o indivíduo que porta uma pequena quantidade de drogas para consumo pessoal. O indivíduo tampouco fica anotado no registro criminal (fichado), o que pode levá-lo a perder a condição de réu primário com a reincidência e, eventualmente, pode levá-lo à prisão como traficante.

Mito VII: “no fundo vocês querem legalizar as drogas”

- **O objetivo da Rede Pense Livre não é a legalização das drogas.** De fato, a rede ainda não tem uma posição tomada a respeito da legalização.
- Partimos da constatação de que, apesar de todos os esforços que vêm sendo feitos no Brasil, sobretudo pelas instituições de segurança pública do país, poucos resultados foram obtidos em termos de redução do padrão de consumo e da criminalidade. Pelo contrário, acreditamos que as estratégias de combate e repressão ao uso de drogas implementadas nas últimas décadas no Brasil causaram enormes danos individuais e coletivos.
- A nossa agenda é composta por primeiros passos que apontam os caminhos a seguir no curto prazo a fim de sair da inércia que há décadas ronda a política sobre drogas.
- Um primeiro passo é mudar a atual Lei de Drogas (11.343), substituindo-a pela adoção de políticas mais adequadas e humanas para tratar a questão das drogas e seus impactos sociais no país.
- O grupo apoia a **descriminalização do consumo de drogas, com um enfoque de saúde pública:** a descriminalização deve ser acompanhada de programas de educação honestos que informem claramente sobre os riscos e efeitos de cada substância para que as pessoas possam lidar melhor com os diferentes tipos de drogas. Além disso, o acesso ao sistema de saúde pública pelos usuários de drogas que começam a desenvolver padrões problemáticos de consumo é uma obrigação do governo. Deste modo, o sistema de saúde pública deve ser estruturado adequadamente para poder oferecer diversos tipos de tratamento e programas de redução de danos de qualidade, com base em boas práticas internacionais.

36 Ari Rosmarin & Niamh Eastwood, “A Quiet Revolution: Drug Decriminalisation Policies in Practice across the Globe”, Release, Julho de 2012. Disponível em <http://www.release.org.uk/downloads/publications/release-quiet-revolution-drug-decriminalisation-policies.pdf>.

Mito VIII: a lei 11.343

1. A lei atual já descriminaliza o uso, o seu problema está na aplicação pelos agentes do Estado.

- A lei 11.343³⁷ **despenaliza** o consumo ao afastar a possibilidade de pena de prisão pelo porte para o consumo pessoal, **transformando-o em um crime de menor potencial ofensivo sujeito a sanções alternativas** como advertência, prestação de serviço comunitário, assistência de curso educativo e/ou multa. Porém, a lei não é muito clara sobre o que deve ser considerado consumo e, na prática, o porte para consumo continua sendo criminalizado no cotidiano da sociedade brasileira.
- A **lei não determina as quantidades de drogas que tipificam cada conduta**, cabendo ao policial informar o processo e ao juiz determinar se o indivíduo é usuário ou traficante conforme as circunstâncias da infração, o perfil do infrator, seu histórico etc. O que acaba acontecendo é que essa lacuna legal facilita o tratamento diferenciado: os jovens dos estratos sociais mais altos geralmente sofrem sanções alternativas, enquanto os jovens de classes mais baixas são considerados automaticamente traficantes e penalizados pelas suas condutas, mesmo em situações em que possuem pequenas quantidades de droga. Desta forma, o Brasil perpetua anos de injustiça e continua criminalizando uma determinada parcela da população, em sua grande maioria negros e pobres, como traficantes, acarretando danos sociais mais graves do que o consumo de substâncias ilícitas em si.
- A nova legislação, embora tida como mais liberal, na verdade **piorou drasticamente a situação**. Durante a vigência da Lei 11.343/06, a incidência de crimes de tráfico no sistema de justiça aumentou consideravelmente, ampliando sua participação no total de presos. Em 2006, 47.472 pessoas foram presas por tráfico no país, valor que representa 14% dos presos por todos os crimes, levando-se em consideração os diferentes regimes possíveis. Já em 2010, registrou-se 106.491 presos por crimes de tráfico, número 124% maior que em 2006 e que correspondia a 21% de todos os presos do sistema e a praticamente metade dos presos por crimes de patrimônio³⁸.

37 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm.

38 Maria Gorete Marques de Jesus, Amanda Hildebrand Oi, Thiago Thadeu da Rocha e Pedro Lagatta, *“Prisão Provisória e Lei de Drogas – Um estudo sobre flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo”*, por NEV – Núcleo de Estudos da Violência, Open Society Institute, FUSP, 2011 <http://www.nevusp.org/downloads/down254.pdf>.



- Para descriminalizar o uso de drogas ilícitas, é necessário publicar uma lei que retire o consumo do Código Penal. **É preciso também determinar, por meio de regulamentação adequada, os parâmetros para diferenciar os usuários dos traficantes.** Muitos países utilizam como um dos critérios, a quantidade portada pelo indivíduo para caracterizar o usuário³⁹.

Mito IX: descriminalização e tráfico

1. “A descriminalização não vai resolver o problema do tráfico”.

- A descriminalização não vai resolver o problema do tráfico, mas vai possibilitar um melhor aproveitamento **dos recursos econômicos e humanos destinados ao controle e repressão do tráfico de drogas.** Atualmente, a maior parte dos recursos do sistema de justiça criminal são gastos com os usuários e os “**peixes pequenos**”, cujo encarceramento não tem impacto algum na dinâmica e estrutura do tráfico.
- Uma pesquisa, que analisou o perfil dos condenados por tráfico de drogas no Rio de Janeiro e no Distrito Federal, entre 2006 e 2008, determinou que a maioria dos condenados por tráfico eram réus primários, que foram presos sozinhos, desarmados e com pouca quantidade de droga⁴⁰.
- Nos Estados Unidos os dados também indicam que os **recursos estão sendo mal investidos.** Nos úl-

39 Para saber mais sobre os limites por quantidade na descriminalização da posse de drogas para uso pessoal em países europeus e nos EUA, ver Martin Jelsma (Transnational Institute), “*Inovações Legislativas em Política de Drogas*”, 2009, Op. cit., nota 24.

40 Boiteux, Luciana, Castilho, Ela W. V., Vargas, Beatriz, Batista, Vanessa O., Prado, Geraldo L. M., Japiassu, Carlos E. A., “*Sumário Executivo – Relatório de Pesquisa ‘Tráfico de Drogas e Constituição’ – Projeto Pensando o Direito*” (2009). Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade de Brasília (UNB). Disponível em http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Faprasc.org.br%2Fdownload.php%3F%3Dsumario_executivo_pesquisa_trafico.pdf%26d%3Db_%26id%3D71&ei=5dhQUP6GDIT28gT44IDYDA&usg=AFQjCNG1u4jwo0-k1zZjfr0EJLle-HUmYg.

timos 40 anos, o país gastou mais de um trilhão de dólares⁴¹ para sustentar a guerra às drogas. Ainda, estima-se que os Estados Unidos destinam 50 bilhões de dólares por ano à implementação da estratégia de prevenção e controle de drogas ilícitas, dos quais aproximadamente 25% são utilizados na prevenção e tratamento de dependentes químicos, 65% são destinados à repressão no âmbito doméstico (especialmente no encarceramento) e 10% são usados na implementação de programas internacionais.⁴² Mesmo com esses investimentos bilionários, os EUA continuam sendo o país que mais consome drogas no mundo.

Mito X: drogas e trânsito

1. “Grande parte dos acidentes com morte e feridos é causada por condutores sob o efeito da cannabis, cocaína e outros elementos”.

- Um estudo realizado pela Universidade de Columbia mostrou que **o álcool é associado com mais crimes violentos do que qualquer outra droga ilegal**, incluindo crack, cocaína e heroína. Nos Estados Unidos, 21% dos criminosos violentos nas prisões estaduais cometeram seus crimes sob a influência do álcool exclusivamente. Somente 3% dos detentos tinham consumido crack ou cocaína em pó e apenas 1% tinha usado unicamente heroína⁴³.
- Por outro lado, a descriminalização do uso de drogas não implica necessariamente uma carta branca para que os indivíduos dirijam veículos sob o efeito de alguma droga. O art. 165 do **Código de Trânsito Brasileiro**⁴⁴ já considera uma infração a direção de um veículo “sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência”, e considera um crime “conduzir veículo automotor, na via pública, estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas, ou sob a influência de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência”⁴⁵. A descriminalização do uso de drogas não vai mudar essas regras.

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

42 “Just How ‘New’ is the 2012 National Drug Control Strategy?”, WOLA, May, 2012. Disponível em http://www.wola.org/commentary/just_how_new_is_the_2012_national_drug_control_strategy.

43 Joseph Califano, “Behind Bars: Substance Abuse and America’s Prison Population”, Op. cit., nota 30.

44 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503.htm.

45 Art. 306 do Código de Trânsito Brasileiro. Op. cit.

Mito XI: países que descriminalizaram o uso de drogas estão voltando atrás em suas políticas

1. “Na Holanda estão querendo proibir novamente as drogas porque Amsterdã virou um pólo de drogados e baderneiros de todo mundo”.

- Recentemente, a legislação holandesa **proibiu a venda de maconha a estrangeiros nos *coffee shops* do país**. A venda de maconha continua sendo permitida para holandeses e estrangeiros residentes da Holanda. A medida começa a valer a partir de 2013, mas já está sendo implementada em três províncias ao sul do país⁴⁶.
- Aparentemente, o principal motivo por trás da nova legislação é a pressão dos países vizinhos da Holanda, fundamentalmente os países com **governos conservadores de direita**, que se opõem ideologicamente à descriminalização do consumo de drogas. A Holanda acabou cedendo à pressão, mas limitando a medida para os estrangeiros, uma vez que considera que sua política atual é benéfica para seus cidadãos.
- Se os governantes holandeses realmente achassem que a descriminalização do uso de cannabis tem efeitos negativos no país, eles teriam proibido a venda para os cidadãos também.

2. “Na Califórnia, algumas cidades estão fechando os estabelecimentos de venda legal de maconha medicinal”.

- O que está acontecendo na Califórnia, fundamentalmente em Los Angeles, é uma retaliação à abertura de centenas de dispensários que vendem cannabis para usuários recreativos e não seguem os princípios de *non-profit*, a partir de uma interpretação equivocada de uma declaração do governo Obama de que a cannabis medicinal não seria perseguida.
- De fato, esses novos dispensários não estão seguindo as regras estaduais e municipais (que já contrariam as federais). Isso está colocando em risco todos os avanços da frágil regulação da cannabis medicinal nos EUA e causando este *crack-down* por parte da DEA e de alguns governos estaduais e municipais.

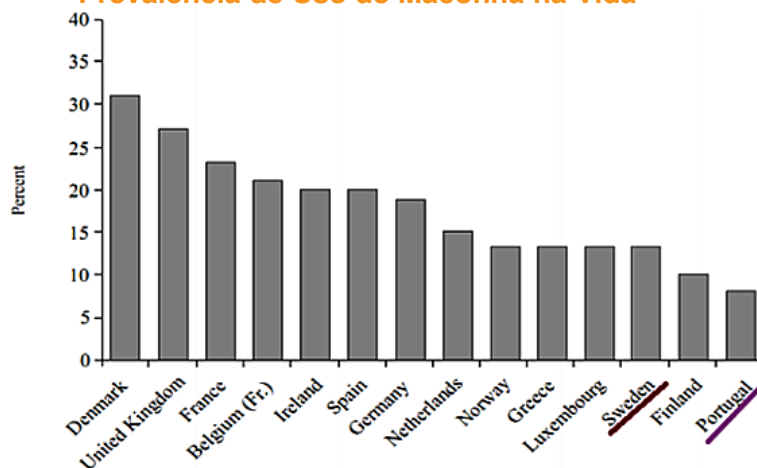
⁴⁶ Revista Veja, “Justiça da Holanda proíbe venda de maconha para turistas”, 28 de Abril de 2012. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/internacional/justica-da-holanda-proibe-venda-de-maconha-para-turistas>.

Mito XII: o endurecimento das leis contra as drogas na Suécia.

1. “Endurecer dá resultado, olha a Suécia”

- A Suécia vai na contramão de vários países do mundo, que reconhecem o fracasso do paradigma proibicionista e procuram explorar novas alternativas mais eficazes, realistas e humanas às políticas repressivas. O país vem endurecendo gradativamente as leis de drogas e, nos últimos anos, optou por uma política que persegue com o objetivo de atingir o inatingível: “uma sociedade livre de drogas”⁴⁷.
- A política se baseia em três pilares: na prevenção, no tratamento e nas medidas de controle. O uso e o tráfico são criminalizados, mas também existem diversas medidas de redução de danos e de riscos que fazem parte de uma estratégia abrangente de redução da demanda de drogas.
- Conforme o Centro Europeu de Monitoramento de Drogas e de Dependência (EMCDDA), a Suécia é o segundo país com a maior despesa *per capita* em euros e em percentagem do PIB em políticas de drogas na Europa⁴⁸.
- **Porém, os efeitos da política têm sido similares aos obtidos em Portugal depois da descriminalização do uso de drogas, embora Portugal tenha investido muito menos recursos na implementação da política**⁴⁹. Como se pode observar a continuação, no que diz respeito à prevalência de uso de maconha na vida na população geral, Portugal aparece com um índice menor que a Suécia. Por outro lado, 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 Portugal como na Suécia.

União Europeia (2001-2005), população geral (15-64 anos)
Prevalência de Uso de Maconha na Vida⁵⁰



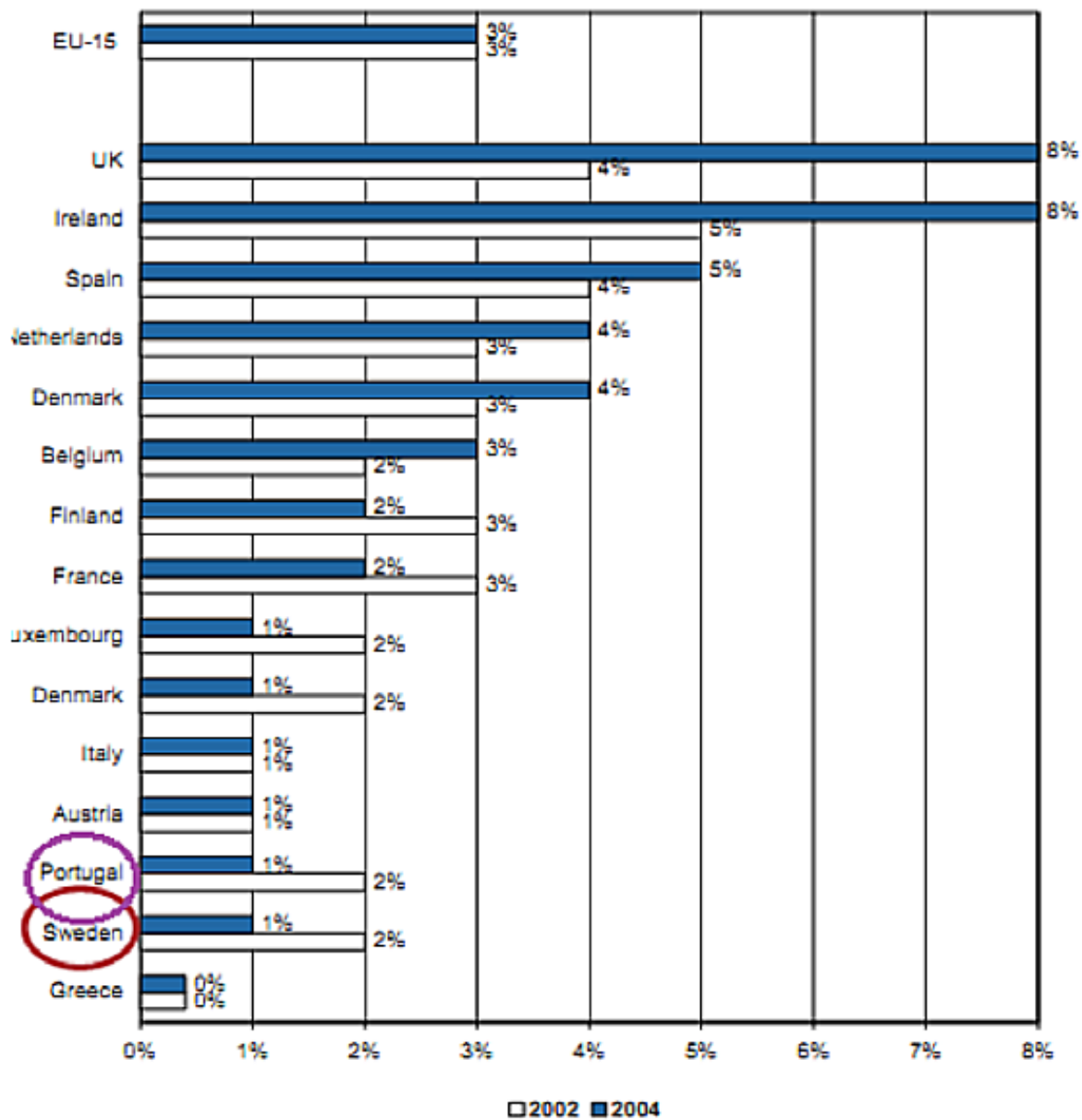
47 Para saber mais sobre as políticas sobre drogas na Suécia, ver, por exemplo, Christopher Hallam, “Briefing paper 20 – What can we learn from Sweden’s drug policy experience?”, Janeiro de 2010, The Beckley Foundation Drug Policy Programm. Disponível em <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/Sweden%20Briefing%20Paper%20final.pdf>.

48 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), “Sweden’s Successful Drug Policy: A Review of the Evidence”, Fevereiro de 2007. Disponível em http://www.unodc.org/pdf/research/Swedish_drug_control.pdf.

49 Christopher Hallam, “Briefing paper 20 – What can we learn from Sweden’s drug policy experience?”, Op. cit., nota 49.

50 Glenn Greenwald, “Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies”, Op. cit., nota 3.

Prevalência de uso de maconha na vida
entre os jovens (15 a 24 anos) 2002-2004⁵¹



51 UNODC, "Sweden's Successful Drug Policy: A Review of the Evidence", Op. cit., nota 50.

**Despesas relacionadas com as políticas de drogas em Euros,
Per capita e como percentagem do PIB⁵²**

Country	Per Capita	% of GDP
Netherlands	139	0.66
<u>Sweden</u>	107	0.47
UK	68	0.35
Luxemburg	54	0.15
Ireland	49	0.27
Finland	31	0.15
Belgium	18	0.09
Austria	18	0.08
France	16	0.08
Denmark	14	0.05
Italy	11	0.06
<u>Portugal</u>	9	0.10
Spain	9	0.07
Germany	9	0.04
Greece	2	0.02

52Idem

A REDE PENSE LIVRE é uma iniciativa do Instituto Igarapé. Reúne 65 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.



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

O INSTITUTO IGARAPÉ é um think-tank dedicado à integração das agendas de segurança e de desenvolvimento. Seu objetivo é propor soluções alternativas a desafios sociais complexos, através de pesquisas, formulação de políticas públicas e articulação.

ESTE DOCUMENTO apresenta respostas baseadas em pesquisas científicas nacionais e internacionais para as principais perguntas e dúvidas que cercam o debate sobre política de drogas no Brasil. Trata-se de um primeiro esforço com o intuito de ajudar na desconstrução de determinados mitos e barreiras que impediram durante décadas o debate amplo e qualificado sobre o tema.

REDE PENSE LIVRE
SÉRIE CADERNOS DE REFLEXÃO
NÚMERO 02 OUTUBRO DE 2012



COORDENAÇÃO

Instituto Igarapé

EDITORAÇÃO

Kenia Ribeiro
Editoração & Fotojornalismo

ENDEREÇO

Visconde de Caravelas 111
Botafogo. Rio de Janeiro - RJ
22271-030 Brasil

RIO DE JANEIRO

+ 55 21 3496-2114

contato@igarape.org.br

www.igarape.org.br

www.igarape.org.br/penselivre

www.oesquema.com.br/penselivre

twitter.com/RedePenseLivre

facebook.com/penselivre