



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

Documento de apoio à agenda inicial da Rede Pense Livre

SÉRIE CADERNOS DE REFLEXÃO

ANO I, NÚMERO 01, SETEMBRO 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

Agenda positiva da Rede Pense Livre

- 1** Retirar o consumo de drogas da esfera criminal, ou seja, descriminalizar o uso de todas as drogas, e investir em prevenção e em uma abordagem de saúde pública para usuários problemáticos. A descriminalização já vem sendo discutida pelo Congresso Nacional no âmbito da reforma do Código Penal e é o primeiro passo para mudar a política de drogas. A criminalização do usuário resulta na sobrecarga do sistema prisional e na falta de recursos para o atendimento médico e social para dependentes químicos. A descriminalização do uso de drogas deve ser amparada por ampla oferta de programas de prevenção, redução de danos e tratamento pelo sistema público de saúde.
- 2** Regular o uso medicinal e o autocultivo da cannabis para consumo pessoal. A cannabis é a droga ilícita mais consumida no Brasil e o autocultivo é uma forma prática de desvincular o usuário do crime organizado. Do ponto de vista científico, a cannabis é uma droga que causa menos danos do que drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Suas propriedades medicinais foram comprovadas e já beneficiam doentes em diversos países.
- 3** Investir em programas para a juventude em risco, incluindo a re-integração socioeconômica de adolescentes e jovens do sistema socioeducativo e prisional condenados por envolvimento no comércio de drogas ilícitas, e oferecer penas alternativas para réus primários não violentos. Esta medida é necessária para criar condições de resgatar uma grande parte da juventude marginalizada brasileira e deve ser acompanhada de um pacto social que inclua programas de educação e assistência, além de oportunidades para que jovens em situação vulnerável ingressem no mercado de trabalho.
- 4** Viabilizar pesquisas médicas e científicas com todas as drogas ilegais para desenvolver programas adequados de redução de danos e tratamento. As barreiras às pesquisas com substâncias ilícitas são um entrave ao desenvolvimento de bons programas de saúde pública e mental.

Drogas: propostas para uma agenda positiva¹

Documento de apoio à agenda inicial da Rede Pense Livre: Por uma política de drogas que funcione

Por Ilona Szabó de Carvalho e Florencia Fontán Balestra²

I. Introdução

O reconhecimento do fracasso do atual sistema internacional de controle de drogas em atingir seus objetivos, torna importante e urgente a construção de uma agenda positiva que oriente os governos a implementarem as mudanças em leis e programas que lidem de forma mais adequada com a questão das drogas.

Mesmo com as restrições geradas pelo marco legislativo internacional, regido pelas convenções das Nações Unidas de 1961, 1971 e 1988, existem diversas alternativas às políticas atuais. Algumas experiências já foram testadas de forma isolada em países de diversas regiões do mundo e merecem destaque.

Este relatório traz quatro propostas integradas para a política sobre drogas do Brasil.

Os pontos desta agenda de propostas estão apresentados abaixo:

- 1. Descriminalização do consumo de todas drogas com uma abordagem de saúde pública;**
- 2. Regulação do uso medicinal e do autocultivo da cannabis para o consumo pessoal;**
- 3. Investimento em programas para a juventude em risco e defesa de penas alternativas para réus primários não violentos;**
- 4. Incentivo às pesquisas médicas e científicas com cannabis e outras substâncias ilícitas.**

Acredita-se que, se implementadas de forma coordenada e com os recursos humanos e financeiros necessários, essa agenda terá um impacto positivo na solução dos problemas sociais relacionados às drogas neste país e permitirá uma melhor compreensão sobre as raízes dos mesmos.

A agenda é composta por primeiros passos que apontam os caminhos a seguir no curto prazo para sair da inércia que há décadas ronda a política sobre drogas. Porém, outras mudanças serão descobertas ao longo do processo de experimentação e monitoramento que faz parte da construção de políticas públicas eficazes.

¹ Este documento parte de análises e diagnósticos previamente realizados. Para um diagnóstico sobre a falência das políticas sobre drogas ver: “*Guerra às Drogas, Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas*”, Junho de 2011. Disponível em http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_Portuguese.pdf

² Ilona Szabó de Carvalho é diretora do Instituto Igarapé e co-coordenadora do secretariado da Comissão Global de Políticas sobre Drogas; e Florência Fontán Balestra é pesquisadora sênior do Instituto Igarapé.

Princípios essenciais para uma política de drogas eficaz

Para poder superar os complexos desafios colocados pela produção, consumo e pelo tráfico de drogas no século XXI, o *International Drug Policy Consortium* (IDPC)³ considera que as políticas de drogas devem:

- Basear-se numa avaliação objetiva das evidências e das prioridades a serem enfrentadas;
- Ser plenamente compatíveis com as normas internacionais de direitos humanos;
- Centrar-se na redução das consequências nocivas causadas pelo uso de drogas e pelos mercados ilegais;
- Procurar promover a inclusão social de grupos marginalizados;
- Estabelecer relações abertas e construtivas entre os governos e a sociedade civil.

Premissas para a implementação bem-sucedida de uma nova política de drogas

- Desburocratização e incentivo às pesquisas sobre tratamento da dependência de drogas e redução de danos;
- Adoção de novos indicadores de monitoramento e avaliação dos resultados das políticas propostas;
- Garantia de orçamento de longo prazo para as políticas e programas adotados;
- Construção de uma estratégia de comunicação e educação honesta sobre o tema para possibilitar a mudança cultural na maneira com que os brasileiros lidam com as drogas.

II. Propostas

1. Descriminalizar o consumo de todas as drogas, com um enfoque de saúde pública.

1.1. A Descriminalização das 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 ilegal e ainda cabem sanções administrativas como multas, advertências, suspensão da licença de motorista e/ou do porte de armas.

≈ Objetivos desta política:

1. Abrir espaço para uma abordagem de saúde pública, removendo as barreiras que impedem os consumidores de drogas com padrões problemáticos de uso a procurar serviços de tratamento e redução de dano;

³ *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, International Drug Policy Consortium, February 2012. Disponível em http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/IDPC-Drug-Policy-Guide_2nd-Edition.pdf

2. Melhorar a qualidade da informação sobre consumo de drogas para o desenho de programas de prevenção, redução de danos e tratamento mais eficazes;
3. Reduzir a corrupção, extorsão, prisões indevidas e a violência associada ao tráfico de drogas ilícitas;
4. Reduzir o estigma/preconceito sobre os usuários de drogas recreativos ou dependentes;
5. Desafogar as instituições de segurança pública e os sistemas judicial e prisional.

≈ Como fazer na prática:

Para descriminalizar o uso de drogas ilícitas é necessário publicar uma lei que retire o consumo do Código Penal. Além disso, é preciso determinar, por meio de regulamentação adequada, os parâmetros para diferenciar os usuários dos traficantes. Muitos países utilizam como um dos critérios para caracterizar o usuário a quantidade portada. Nesse sentido, é muito importante que esta quantidade seja realista. Portugal, por exemplo, considera a quantidade necessária para 10 dias de consumo.

Já a comissão de Juristas do Senado Brasileiro recentemente aprovou a proposta para descriminalizar o porte de drogas para consumo próprio e sugeriu que a quantidade estipulada para consumo próprio corresponda ao consumo médio individual de cada tipo de droga pelo período de cinco dias. A quantidade, no entanto, não deve ser o único critério utilizado para diferenciar um consumidor de um traficante, o contexto e os antecedentes criminais desta pessoa também devem fazer parte desta análise.

≈ Exemplos de países que descriminalizaram as drogas:

Portugal, República Tcheca, Finlândia, Espanha, Holanda, Paraguai, Uruguai, México (com quantidades muito pequenas), Austrália (alguns estados), EUA (alguns estados).

Um estudo recente avaliou o impacto da descriminalização do uso de drogas em diversos países.⁴ 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 do sistema de justiça criminal e protege os usuários de drogas do impacto devastador de uma condenação penal. O estudo conclui 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.

4 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>

O caso de Portugal⁵

Em julho de 2001, Portugal se transformou no primeiro país europeu a descriminalizar o uso e a posse de todas as drogas ilícitas.

Pela Lei Nº 30/2000⁶, a aquisição e posse de drogas para consumo pessoal deixou de ser um delito e passou a ser considerada uma contravenção, punível com multa ou outra medida administrativa, aplicada pelas chamadas Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDTs).

A lei também estabelece que a quantidade em posse do usuário não poderá exceder “a quantidade necessária para um consumo médio individual por um período de 10 dias”⁷ e remete para o artigo 9º da Portaria nº 94/96⁸, onde são estipuladas as quantidades exatas para cada substância, por exemplo, 25g de *cannabis*, 2g de cocaína, 1g de heroína e 10 comprimidos de LSD ou *ecstasy*.

Com essas mudanças, Portugal se transformou em um modelo internacional em matéria de política de drogas, dando o exemplo de como um país pode trabalhar com hipóteses alternativas ao proibicionismo.

1.2. Um enfoque de saúde pública: prevenção, redução de danos e tratamento.

A descriminalização do consumo de drogas 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. Os investimentos em prevenção devem dirigir-se prioritariamente a atividades que evitem que os jovens usem drogas pela primeira vez e que impeçam que os usuários experimentais se transformem em usuários problemáticos ou dependentes⁹. Nesse sentido, é essencial que as campanhas de prevenção orientadas à juventude sejam claras e objetivas a fim de que os jovens possam tomar decisões informadas e conscientes sobre o uso de drogas.

O acesso ao sistema de saúde pública pelos usuários de drogas que começam a desenvolver padrões problemáticos de consumo é uma obrigação do governo. Portanto, o sistema de saúde pública deve ser estruturado adequadamente para poder oferecer diversos tipos de tratamento e programas de redução de danos de qualidade, baseados em boas práticas internacionais. Tratar é muito mais barato, eficiente e humano do que prender.

5 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>

6 Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/legislacao/legislacao_farmaceutica_compilada/titulo_iii/titulo_iii_capitulo_iii/lei_30-2000.pdf

7 Art. 2 da Lei Nº30/2000

8 Disponível em http://www.idt.pt/PT/Legislacao/Legislao%20Ficheiros/Controle_da_Oferta_e_da_Procura/portaria_94_96.pdf

9 “*Guerra às Drogas, Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas*”, Junho de 2011. Op. cit., nota 1.

A. PREVENÇÃO

Embora diversos países tenham investido quantias importantes de recursos em campanhas de prevenção às drogas, elas parecem não ter gerado qualquer impacto sobre o uso de substâncias ilícitas, pois as taxas de consumo de drogas se mantiveram constantes ou crescentes nos principais mercados do mundo¹⁰.

Diversas pesquisas indicam que a prevenção de drogas nos moldes atuais é cara e pouco eficaz¹¹. O principal motivo é que, geralmente, as abordagens utilizadas se fundamentam na dissuasão do usuário através do medo e da ameaça de pena de prisão, ou da divulgação dos malefícios causados pelas drogas, e não têm como alvo os fatores que mais influem na decisão do indivíduo em torno do consumo, que vão desde a moda, a pressão dos colegas e o contexto social e econômico¹² até o bem-estar emocional. Os programas de prevenção massivos baseados no marketing social e os programas escolares de prevenção às drogas são alguns exemplos citados comumente como programas caros e ineficientes¹³.

Mas prevenir não significa apenas evitar o consumo de drogas. Uma estratégia pragmática precisa incluir também a prevenção do uso abusivo de drogas, o que pressupõe oferecer uma educação honesta sobre os fatores de risco de abuso e dependência, assim como informações sobre os efeitos de cada droga e sobre como buscar ajuda em caso de necessidade.

O IDPC recomenda especialmente o desenvolvimento de dois tipos de programas de prevenção que tem tido um impacto positivo na faixa etária de início ou nos danos associados ao uso de drogas: os programas de prevenção comunitária e as intervenções baseadas na influência dos pares¹⁴.

Os programas de prevenção comunitária¹⁵ geralmente envolvem diversos grupos de interesse e múltiplos componentes, executados simultaneamente ou em sequência. Geralmente, os programas perseguem objetivos mais amplos orientados para a transformação e o empoderamento da comunidade, com foco no fortalecimento dos fatores de proteção que têm a capacidade de reduzir o problema do uso de drogas na comunidade, especialmente entre os jovens - por exemplo, fortalecimentos dos laços familiares positivos, promoção do sucesso no desempenho escolar, boas habilidades sociais, oportunidades de emprego etc.

10 Para uma análise detalhada dos mercados de drogas ilícitas durante a década, ver: Reuter, P. y Trautmann, F., "A Report on Global Illicit Drug Markets 1998-2007". Comissão Europeia, 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/report-drug-markets-short_en.pdf.

11 Dr Alex Wodak AM, "Demand Reduction and Harm Reduction", Working Paper. Prepared for the First Meeting of the Global Commission on Drug Policy. Geneva, January 2011. Disponível em http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Com_Alex_Wodak.pdf; John Strang, Thomas Babor, Jonathan Caulkins, Benedikt Fischer, David Foxcroft, Keith Humphreys, "Drug Policy and the Public Good: Evidence for Effective Interventions", The Lancet, Volume 379, Issue 9810, Pages 71 - 83, 7 January 2012. Disponível em <http://new.ahrn.net/wp-content/uploads/2012/02/Drug-policy-and-the-public-good-LANCET.pdf>

12 "Guerra às Drogas, Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas", Junho de 2011. Op. cit., nota 1.

13 IDPC Drug Policy Guide, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

14 Idem.

15 Para mais informações sobre os Programas de Prevenção Comunitária, consultar IDPC Drug Policy Guide, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2; Aguirre-Molina, M. & Gorman, D.M., "Community-based approaches for the prevention of alcohol, tobacco, and other drug use", Annual Review of Public Health, 17(1): 337-358, 1996. Disponível em <http://ebookbrowse.com/community-based-approaches-for-the-prevention-of-alcohol-tobacco-and-other-drug-use-20090821111417-pdf-d285956986>

Programa “Futuros Positivos” do Reino Unido¹⁶

Um exemplo bem-sucedido de prevenção comunitária com foco em fatores de proteção socioambientais é o programa Futuros Positivos, implementado no Reino Unido em 2000 pelo Esporte Inglaterra, a Câmara de Justiça da Juventude e a Unidade de Coordenação Antidrogas do Reino Unido. O programa utiliza o esporte e outras atividades para envolver os jovens com idades entre 10 e 19 anos, identificados como em risco de iniciar o uso de drogas. Uma avaliação do programa revelou que os jovens inscritos apresentaram uma melhoria substancial nas relações sociais, maior rendimento escolar, e maiores níveis de emprego.

Os programas de prevenção baseados na influência dos pares¹⁷ (em inglês, *peer-to-peer*, ou P2P) consistem na utilização de educadores da mesma idade ou que possuem a mesma experiência para transmitir mensagens educativas para um grupo-alvo. Os educadores pares procuram transmitir normas “saudáveis”, crenças e comportamentos dentro de seu próprio grupo de pares ou comunidade e desafiar aqueles que não são saudáveis¹⁸. Podem ser colegas de trabalho, de escola, companheiros de equipe, ou pessoas que usam drogas dentro de uma rede de uso de drogas. Acredita-se que este tipo de abordagem tem maior capacidade de transmitir mensagens de prevenção para grupos de difícil alcance. Em muitos casos, os programas de prevenção implementados por pares são utilizados para promover práticas de redução de danos entre usuários de drogas ao invés de procurar prevenir o uso de drogas em si.

Prevenção do uso de anfetaminas na Tailândia¹⁹

Um caso de sucesso de prevenção implementada por pares aconteceu na Tailândia entre usuários de anfetaminas. Na década de 1990, a Tailândia vivenciou um incremento considerável no consumo de anfetaminas, particularmente entre os jovens. Simultaneamente, houve um aumento no comportamento sexual de risco entre esse grupo populacional. Como consequência, foi desenvolvida uma estratégia de educação de pares na cidade de Chiang Mai que levou a uma redução no consumo de metanfetaminas, um aumento no uso de preservativos e uma redução nos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) entre jovens. A avaliação da estratégia concluiu que as intervenções em pequenos grupos eram um meio eficaz de reduzir o consumo de metanfetaminas e o comportamento sexual de risco entre os jovens.

16 Edmonds, K., Sumnall, H., McVeigh, J. & Bellis, M.A., “*Drug prevention among vulnerable young people*”, Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention, 2005. Disponível em <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=175>

17 Para mais informações sobre as intervenções baseadas na influência dos pares, consultar *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2; United Nations Office on Drugs and Crime, “*Peer to peer: using peer to peer strategies in drug abuse prevention*”, New York: United Nations, 2003. Disponível em http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_peer_english.pdf

18 J. McDonald, Jill Grove and Youth Advisory Forum Members. “*Youth for Youth: Piecing Together the Peer Education Jigsaw*”, Second International Conference on Drugs and Young People, Abril de 2001, Melbourne. Disponível em <http://www.peer.ca/mcdonald.pdf>

19 Sherman, S.G., Sutcliffe, C., Srirojn, B., Latkin, C.A., Aramratanna, A. & Celentano, D.D., “*Evaluation of a peer net-work intervention trial among young methamphetamine users in Chiang Mai, Thailand*”, *Social Science & Medicine*, 68(1):69-70, 2009. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800793/>; *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February, 2012. Op. cit., nota 2.

B. REDUÇÃO DE DANOS

A expressão “redução de danos” refere-se a um conjunto de políticas e práticas de saúde pública cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas²⁰.

Ao invés de colocar foco nas estratégias de prevenção do uso de drogas, os programas de redução de danos centram-se na prevenção dos riscos à saúde, sociais e econômicos que as diferentes drogas causam, procurando, assim, beneficiar tanto os usuários, como suas famílias e a comunidade como um todo²¹.

A premissa por trás das estratégias é não condicionar o atendimento de dependentes ao abandono do consumo. Mas aproximar os dependentes do sistema de saúde pública para que eles possam buscar tratamento e aconselhamento, caso assim desejem.

A última década caracterizou-se por avanços importantes nos programas de redução de danos, particularmente entre os consumidores de drogas injetáveis²². Junto a este público, o objetivo é reduzir a disseminação de doenças como a Aids e hepatite e as mortes por overdose.

Atualmente, já há um volume convincente de estudos e avaliações²³ sobre a eficácia destas medidas na redução de mortes por overdose, a melhoria das condições de saúde dos usuários de heroína, a redução da disseminação de doenças e a capacidade de alcançar os usuários em necessidade de tratamento.

Hoje, a maior parte das agências das Nações Unidas - Organização Mundial da Saúde, UNAIDS, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Conselho de Direitos Humanos, acolheu o conceito de redução de danos. Entretanto, continua sendo um tema polêmico para a Comissão de Drogas Narcóticas das Nações Unidas (CND), do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). Em abril de 2009, a CND emitiu uma nova declaração política com diretrizes de controle de drogas para um prazo de dez anos e, para espanto de muitos, o documento não fez referência explícita aos programas de redução de danos²⁴. Ainda assim, práticas de redução de danos estão se expandindo rapidamente inclusive em países com leis antidrogas rígidas como China, Irã, Paquistão, Vietnã e Estados Unidos. Conforme o último informe sobre o Estado Global da Redução de Danos, hoje 93 países que apoiam a redução de danos²⁵.

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

21 Idem.

22 Martin Jelsma (Transnational Institute), “*Inovações Legislativas em Política de Drogas*”, 2009. 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>

23 *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit. nota 2; European Monitoring Centres for Drugs and Drug Addiction, “*Harm reduction: evidence, impacts and challenges*”, Lisbon, 2010. Disponível em <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>; Harm Reduction International & Human Rights Watch, “*International support for harm reduction: An overview of multi-lateral endorsement for harm reduction policy and practice*”, London, 2009. Disponível em http://www.undrugcontrol.info/images/stories/IHRA_HRW_Book_of_Authorities_Jan_2009.pdf.

24 Martin Jelsma (Transnational Institute), “*Inovações Legislativas em Política de Drogas*”, 2009. Ver nota 22.

25 Harm Reduction International, “*Global State of Harm Reduction 2012 Report*”. Disponível em <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2012>

No contexto do Brasil e da América Latina o conceito também é usado para promover a redução dos danos coletivos associados às atividades do mercado ilegal de drogas e às políticas que enfatizam o combate, e alimentam o ciclo vicioso da marginalização, corrupção, extorsão, prisões, e violência²⁶. Nessa região, os programas de redução de danos exigem o desenho de políticas mais amplas, de segurança pública e de promoção de do desenvolvimento humano e sócio-econômico de grupos estratégicos, como as crianças e os jovens moradores de bairros vulneráveis.

≈ Objetivos desta política:

1. Evitar a disseminação do HIV, hepatite e outras doenças transmissíveis entre e a partir de pessoas que usam drogas;
2. Aproximar os usuários de drogas do sistema de saúde pública;
3. Evitar pequenos delitos cometidos por dependentes para comprar drogas;
4. Cumprir compromisso com a saúde pública e os direitos humanos.

≈ Como fazer na prática:

Programas de redução de danos individuais incluem:

- Distribuição de seringas e cachimbos para crack;
- Distribuição de medicamentos para interromper a overdose;
- Distribuição de preservativos e orientação sobre o uso mais seguro de drogas, incluindo informação sobre tratamentos disponíveis.
- Tratamento de substituição de drogas (ex. metadona) e, em alguns casos, distribuição de drogas para dependentes (ex. heroína na Holanda e Suíça).

≈ Redução de danos coletivos incluem (ver itens V e VI):

- Programas para jovens em situação de risco, incluindo a reintegração socioeconômica de adolescentes e jovens do sistema socioeducativo e prisional condenados por envolvimento no comércio de drogas ilícitas,

≈ Exemplos de países que implementam programas de redução de danos:

Suíça, Holanda, Portugal, Reino Unido, Alemanha, República Tcheca, Canadá, Austrália e Equador.

²⁶ Comissão Brasileira de Drogas e Democracia, “*Comissão Brasileira estudará redução de danos sociais*”, Disponível em <http://cbdd.org.br/pt/2009/10/21/cbdd-reducao-de-danos-sociais/#more-190>

O caso da Suíça²⁷

No final da década de 1980, a Suíça apresentou 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 centradas na saúde pública.

A estratégia adotada em 1994²⁸ previa o tratamento dos dependentes pela administração de metadona, sem impor como condição que os usuários deixassem de consumir drogas para ingressar no programa; a troca de seringas, inclusive dentro das prisões; e a criação de salas para injeção supervisionada. Paralelamente, o governo implementou um programa piloto em que prescrevia heroína aos usuários que apresentavam uma alta dependência aos opiáceos. Cerca de três mil usuários problemáticos de heroína passaram a recebê-la gratuitamente.

O governo concluiu que a terapia assistida de heroína estava associada a numerosas melhorias na saúde dos pacientes assim como à queda nas taxas dos crimes relacionados com drogas²⁹. O programa ainda reduziu de maneira substancial o consumo de heroína entre os usuários mais compulsivos, fazendo a demanda cair e afetando a viabilidade do mercado. Por último, ao remover os dependentes e traficantes locais, ficou mais difícil para os usuários ocasionais entrarem em contato com vendedores de drogas.

C. TRATAMENTO

A dependência das drogas não deve ser considerada um crime, mas um problema de saúde pública. Atualmente, existem diversos tipos de tratamento que provaram ser eficientes tanto no combate à toxicod dependência, como na redução dos danos relacionados com o consumo de drogas e na minimização dos custos sociais que o problema gera³⁰.

Estimativas recentes sugerem que entre 153 milhões e 300 milhões de pessoas de 15 a 64 anos - ou entre 3,4% e 6,6% da população mundial - consumiram alguma substância ilícita pelo menos uma vez no ano de 2010³¹. Calcula-se que 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 milhões e 38,6 milhões de pessoas no mundo, aproximadamente 12% do

27 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

28 Idem

29 Aebi, M. F., Ribeaud D., y Killias, M., "Prescription médicale de stupéfiants et délinquance. Résultats des essais Suisses." Criminologie, vol. 32, n. 2, 1999. Disponível em <http://www.erudit.org/revue/crimino/1999/v32/n2/004707ar.pdf>

30 IDPC Drug Policy Guide, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

31 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

total de usuários de drogas ilícitas, desenvolverá padrões problemáticos de uso e/ou dependência³², para os quais o tratamento será necessário.

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 ambientais³³”. Em outras palavras, questões sociais, culturais e psicológicas, combinadas com fatores biológicos, possivelmente incluindo um componente genético, se encontram relacionadas com a dependência de drogas³⁴.

Nos últimos anos, um número crescente de governos começou a entender que a oferta de tratamento para os dependentes de drogas é uma estratégia muito mais eficaz que a imposição de severas punições.

Conforme o IDPC³⁵, estudos realizados em uma variedade de contextos sociais, econômicos e culturais confirmaram que vários desafios socio sanitários relacionados com a dependência às drogas, incluindo a desintegração familiar, a inatividade econômica, o HIV e a pequena criminalidade de rua, poderiam ser abordados de maneira mais efetiva através do oferecimento generalizado de tratamentos que comprovadamente funcionam para tratar a toxicodependência.

No entanto, em muitos países, os sistemas de tratamento para dependência de drogas são inexistentes ou subdesenvolvidos ou são inconsistentes com os padrões exigidos pelas convenções de direitos humanos³⁶. Por exemplo, alguns países introduziram regimes de tratamento baseados na coerção, seja para forçar os indivíduos a aceitar o tratamento seja para forçar a sua conformidade, uma vez no programa. Alguns destes programas de tratamento compulsório também incluem maus-tratos, a negação de cuidados médicos, ou o trabalho forçado.

32 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>).

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

34 IDPC *Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

35 Idem. Alguns dos estudos citados são: Reuter, P. & Pollack, H. (2006) “*How much can treatment reduce national drug problems?*” *Addiction*, 101(3): 341-347, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499507>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2009), “*The Story of Drug Treatment*” (London: National treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/story_of_drug_treatment_december_2009.pdf; Godfrey, C., Stewart, D. & Gossop, M. (2004), “*Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)*”, *Addiction*, 99(6): 697-707, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15139868>; National Treatment Agency for Substance Misuse (2010) “*A long term study of the outcomes of drug users leaving treatment*” (London: National Treatment Agency for Substance Misuse), http://www.nta.nhs.uk/uploads/outcomes_of_drug_users_leaving_treatment2010.pdf

36 IDPC *Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

A experiência, as pesquisas e os instrumentos internacionais de direitos humanos indicam que os programas de tratamento baseados na coerção geralmente fracassam³⁷. Essencialmente, para serem efetivos, os tratamentos devem respeitar o princípio fundamental da livre escolha individual do indivíduo de ingressar ou não no programa de tratamento.

Programa “Cura e Cuidado” na Malásia³⁸

Durante décadas, a principal política da Malásia com relação aos usuários e dependentes de drogas consistia na internação compulsória em centros para usuários de drogas. Em julho de 2010, a Agência Nacional Antidrogas da Malásia (NADA) iniciou uma transformação importante no programa nacional de tratamento. A nova política estabelece que os centros para usuários só podem aceitar internações voluntárias, a menos que o indivíduo seja encaminhado por meio da aplicação da Lei de Toxicodependentes.

O programa “Cura e Cuidado” reconhece que é fundamental que exista uma variedade de abordagens de tratamento adaptados às necessidades individuais de cada pessoa dependente de drogas. Isto implica que os centros devem esforçar-se por fornecer uma gama de serviços de prevenção, aconselhamento, tratamento, serviços de reabilitação e de apoio para pessoas que usam drogas no país.

Embora seja muito cedo para avaliar a eficácia do programa em termos de resultados na área da saúde, a mudança da política de drogas da Malásia do tratamento obrigatório para tratamento voluntário é considerado um desenvolvimento altamente positivo no Sudeste Asiático.

2. Regular o uso medicinal e o autocultivo da cannabis para o consumo pessoal

2.1. A regulação da cannabis medicinal

A regulação da cannabis medicinal refere-se ao uso da planta para fins terapêuticos e medicinais, em sua forma natural ou em drogas fabricadas com o seu princípio ativo, o THC (tetraidrocannabinol). A prescrição do uso da cannabis medicinal é feita por um médico para casos específicos.

Nos países onde o consumo de drogas é criminalizado, é necessário que a utilização de cannabis para fins medicinais esteja expressamente autorizada pela legislação. Uma das consequências

37 World Health Organization Western Pacific Region (2009), “*Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles*” (Manila: World Health Organization), http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html; Pearshouse R. (2009), “*Compulsory drug treatment in Thailand: observations on the Narcotic Addict Rehabilitation Act B.E. 2545*” (2002) (Toronto: Canadian HIV/AIDS Legal Network), <http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocEN.php?ref=917>; “*Harm Reduction 2009: IHRA’s 20th International Conference’ in Bangkok (21 April 2009): Session on Compulsory drug dependence treatment centres: costs, rights and evidence (supported by the UNODC and the International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute)*”, <http://www.ihra.net/contents/128>

38 Para uma análise completa do programa, ver Tanguay, P. (2011), “*IDPC Briefing Paper - Policy responses to drug issues in Malaysia*” (London: International Drug Policy Consortium), <http://idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-briefing-paper-Policy-responses-to-drug-issues-in-Malaysia.pdf>; ver também, *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

mais graves relacionadas à criminalização do consumo de cannabis é que muitas pessoas seriamente doentes não podem legalmente ter acesso a um medicamento que alivia a dor e o sofrimento de uma maneira mais eficiente ou trata os sintomas de sua condição médica, sem efeitos secundários debilitantes.³⁹

Existem diversos estudos científicos no mundo todo que comprovam que a planta de cannabis contém ingredientes ativos com potencial terapêutico para aliviar os sintomas de uma enorme variedade de condições médicas graves e que consideram a substância como uma alternativa eficaz aos analgésicos sintéticos⁴⁰. A cannabis é indicada para tratar e prevenir náuseas e vômitos, para tratamento de glaucoma, de espasmos, além de ser usada como relaxante muscular bem como um analgésico geral. Possui efeitos positivos no tratamento da esclerose múltipla para portadores de Mal de Alzheimer. Algumas pesquisas afirmam que a cannabis seria eficaz também no combate a células cancerígenas. Também é indicada para melhorar o apetite de pacientes com Aids e câncer.

A utilização medicinal da cannabis não necessariamente se refere ao uso da cannabis fumada. Atualmente, existem diversos medicamentos baseados em canabinóides como, por exemplo, os compostos sintéticos, tais como dronabinol (Marinol®) e nabilona (Cesamet®), que são aprovados pela FDA. Também existe uma nova mistura química pura de derivados de plantas THC e canabidiol chamado Sativex®, formulada como um spray oral e aprovada no Canadá e partes da Europa para o alívio da dor associada ao câncer e da dor neuropática nos casos de esclerose múltipla.

≈ Objetivo

Tratar e aliviar os sintomas de doenças como o glaucoma, dor crônica, esclerose múltipla, câncer, Mal de Alzheimer e HIV, entre outras.

≈ Como fazer na prática:

É necessário criar uma legislação específica que autorize a utilização de cannabis para fins medicinais e regulamente a prática. Uma alternativa é abrir dispensários onde usuários cadastrados e com receita médica específica possam comprar a cannabis com quantidade de THC controlada.

≈ Exemplos de países:

Áustria, Canadá, Alemanha, Reino Unido, EUA (17 estados + distrito de Columbia), Espanha.

39 Para saber mais sobre os benefícios da cannabis medicinal, acessem os artigos nos links:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=388943>,

http://www.advancedholistichealth.org/PDF_Files/Review_Cannabinoids.pdf,

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1000695>,

<http://www.medpagetoday.com/Columns/At-Large/19830>,

http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BF_Cannabis_Commission_Report.pdf,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22873011>

40 <http://www.drugpolicy.org/issues/medical-marijuana>

Os Estados Unidos e a cannabis medicinal

O uso da cannabis para fins medicinais nos Estados Unidos era considerado legal até 1970, quando o Governo Federal estabeleceu a Lei de Substâncias Controladas⁴¹, que classificou as substâncias controladas em cinco categorias, com a finalidade de hierarquizá-las conforme o seu potencial de abuso, a sua utilidade médica e as consequências à saúde que geram. A cannabis foi categorizada como Substância Controlada do Tipo I e ficou proibida a prescrição médica a pacientes, por ser considerada “uma droga com alto potencial de abuso”.

Porém, diversos estados americanos ditaram leis contrariando a legislação federal, autorizando o uso de cannabis para fins medicinais. O mais conhecido foi o referendo da Califórnia de 1996 através do qual a população do estado aprovou a Proposição 215 ou o Ato de Uso Compassivo (*Compassionate Use Act*) que exime de sanções penais o uso e o cultivo de cannabis por razões médicas, sempre que indicado por um médico⁴². No entanto, o cultivo e a posse continuam sendo considerados um crime sob a Lei Federal. O que acontece na prática é que o indivíduo detido na Califórnia por possuir ou cultivar cannabis pode utilizar como defesa a Proposição 215, se a droga era para fins medicinais.

Atualmente, existem 17 estados norte-americanos, além do distrito de Columbia, com leis que autorizam a utilização de cannabis com fins médicos. Contudo, assim como acontece com a Califórnia, em todos os casos a Lei Federal de Substâncias Controladas se sobrepõe às leis estaduais e, por conta disso, o usuário ainda pode ser preso e processado por uso e posse de cannabis medicinal.

Cabe destacar que o consumo de cannabis não cresceu nos estados onde foi descriminalizado para fins medicinais, contrariando aqueles que acreditavam que esse tipo de legislação enviaria uma mensagem errada para os jovens sobre a cannabis, incentivando o seu consumo. Um estudo⁴³ elaborado recentemente sobre o efeito das leis estaduais que descriminalizam o uso de cannabis com fins médicos revelou que os estados que adotaram essa legislação não apresentaram um aumento maior no uso da cannabis entre adolescentes do que ocorreu nos estados que mantiveram a política de repressão e castigo.

2.2. Regulação do autocultivo da cannabis para consumo pessoal

Nos países onde a posse de cannabis para consumo pessoal foi descriminalizada, mas a comercialização da substância ainda é considerada crime, os consumidores assumem grandes riscos cada vez que precisam comprar cannabis no mercado ilegal.

Por essa razão, alguns países começaram a permitir o cultivo doméstico não comercial da planta de cannabis. O principal objetivo é romper a relação dos usuários com os traficantes, criando uma

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

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

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

alternativa de fornecimento legal para quem já usa cannabis e inibindo simultaneamente o crescimento do mercado ilegal e do crime organizado. Este sistema possibilita também que os usuários conheçam exatamente a origem e qualidade da substância que estão consumindo, valorizando sua autonomia como usuários.

No Brasil, a **Lei Nº 11.343/06**⁴⁴ despenalizou “quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica”, transformando a conduta num crime de menor potencial ofensivo sujeito a sanções alternativas como advertência, prestação de serviço comunitário, assistência de curso educativo e/ou multa.

Porém, assim como acontece com o consumo de drogas ilícitas, o cultivo de drogas para consumo pessoal ainda é crime no Brasil. Além disso, como a lei não define as quantidades de cannabis que podem ser cultivadas para ser consideradas para consumo pessoal, cabe ao juiz analisar as circunstâncias da infração, o perfil do infrator, seu histórico etc., para determinar se o indivíduo é usuário ou traficante.

≈ Objetivos desta política:

1. Quebrar o vínculo do usuário de cannabis (80% do total de usuários de drogas global) com o mercado ilegal e com o traficante que muitas vezes facilita o acesso às drogas mais pesadas;
2. Permitir que os usuários conheçam a origem e qualidade da droga que consomem.

≈ Como fazer na prática:

Estabelecer a quantidade de plantas que podem ser cultivados pelos usuários, seja de forma individual ou coletiva, por meio de cooperativas reguladas e fiscalizadas.

≈ Exemplos de países:

Holanda, Espanha (cooperativas ou clubes de usuários de cannabis)

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

Os Clubes Sociais de Cannabis na Espanha⁴⁵

Uma iniciativa interessante e inovadora vem ganhando corpo na Espanha. Os usuários de cannabis criaram um tipo de cooperativa na tentativa de organizar um abastecimento para o uso recreativo e medicinal da planta, sem ter que apelar ao mercado ilegal. Assim surgiram os chamados Clubes Sociais de Cannabis (CSC).

As sementes da cannabis são compradas no mercado legal - seu comércio não é proibido na Espanha - com dinheiro dos associados, que reembolsam o clube na proporção em que consomem.

Embora ainda não exista uma legislação que regulamente a atuação dos clubes e nem todos têm exatamente as mesmas regras de funcionamento, normalmente, para ser sócio, é preciso ser maior de idade, ser consumidor habitual de cannabis e pagar uma quantia equivalente ao custo da produção da quantidade que consome mensalmente. Os sócios têm idades entre 18 e 70 anos e utilizam a sede para usar a cannabis.

Os clubes privados para consumo de cannabis vêm se expandindo ano a ano. A Federação de Associações Cannábicas (FAC), que representa atualmente 21 organizações, estima que existem na Espanha entre 100 e 300 clubes.⁴⁶

3. Desenvolver e investir em programas para a juventude em risco, e oferecer penas alternativas para réus primários não violentos.

Estas medidas são necessárias para criar oportunidades para o desenvolvimento humano e socioeconômico da juventude brasileira em situação de risco social. É urgente a criação de condições para o resgate de uma parte da juventude marginalizada brasileira que pratica atividades ilícitas colocando suas vidas em risco. O governo executivo deve promover um pacto social que inclua programas de educação, formação e assistência, além de oportunidades para que jovens em situação vulnerável ingressem no mercado de trabalho.

3.1. Desenvolver e investir em programas para a juventude em risco, incluindo a reintegração socioeconômica de adolescentes e jovens do sistema socioeducativo e prisional condenados por envolvimento no comércio de drogas ilícitas.

Programas públicos e de organizações da sociedade civil que visam a dar opções que não o crime para adolescentes e jovens de comunidades marginalizadas, adolescentes do sistema socioeducativo e jovens egressos do sistema prisional.

45 Para mais informações, ver *Federación de Asociaciones Canábicas*, disponível em <http://www.fac.cc/>

46 Martín Barriuso Alonso, "Los Clubes Sociales de Cannabis en España - Una Alternativa Normalizadora en Marcha". Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/79702922/Los-clubes-sociales-de-cannabis-en-Espana-Una-alternativa-normalizadora-en-marcha>

≈ Objetivos desta política:

- Valorizar a juventude e investir em seu potencial;
- Diminuir os incentivos para a entrada de adolescentes e jovens em atividades ilícitas;
- Oferecer uma segunda chance para adolescentes e jovens que se arrependeram de suas escolhas;
- Diminuir o ciclo da violência e a exclusão social;
- Diminuir a reincidência de adolescentes que passaram pelo sistema socioeducativo e dos jovens egressos do sistema prisional.

≈ Como fazer na prática:

Criar parcerias entre governo, organizações da sociedade civil e setor privado para oferecer alternativas reais ao envolvimento no crime. Os programas devem ser capazes de direcionar os jovens para o estudo ou mercado de trabalho de acordo com o seu perfil, além de oferecer apoio psicossocial combinado com atividades culturais e/ou esportivas, assim como aconselhamento e acompanhamento familiar.

≈ Exemplos de países:

Diversos países da América Latina implementaram programas locais destinados a esse público. Em países em pós-conflito armado, na África, os programas de Desmobilização, Desarmamento e Reinserção de ex-combatentes (DDR) em alguns casos também lidam com jovens em situação de risco.

Algumas experiências no Brasil

AfroReggae

O Programa Empregabilidade, do Grupo Cultural AfroReggae⁴⁷, começou em 2008 e até setembro de 2011 já havia inserido no mercado de trabalho formal 2.200 pessoas, sendo aproximadamente mil egressas do sistema penitenciário ou ainda detentos cumprindo liberdade condicional.

O programa motiva a reintegração social desses dois grupos por meio de cursos profissionalizantes e trabalho formal, que tornam possível a geração de renda e sustento, e o resgate da cidadania; além de contribuir com a queda na reincidência, rompendo o ciclo da criminalidade. Os participantes são empregados pelas empresas parceiras do projeto, todos com carteira assinada e os direitos trabalhistas assegurados.

O AfroReggae age da seguinte forma: inscreve as pessoas, analisa os currículos, faz uma entrevista inicial e as encaminha às empresas parceiras. Também cabe à instituição supervisionar o desempenho de cada empregado. Em setembro de 2011, o AfroReggae assinou uma parceria com o governo do estado do Rio de Janeiro para ampliar a iniciativa, por meio de ações como a emissão de documentos, intermediação de mão-de-obra e cursos de qualificação profissional. No primeiro ano da ação conjunta foi disponibilizado R\$ 1,1 milhão para o programa.

47 Mais informações no <https://www.afroreggae.org/tag/empregabilidade-2>

Luta pela Paz

O Instituto *Luta pela Paz*⁴⁸ utiliza boxe e artes marciais combinados com educação e desenvolvimento pessoal para desenvolver o potencial de jovens em comunidades que sofrem com o crime e violência. O programa foi desenvolvido pelo ex-lutador amador de boxe Luke Dowdney, com o objetivo de atender à população do Complexo da Maré, um conjunto de 19 favelas na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Desde que foi fundado, o Luta pela Paz vem desenvolvendo um modelo de prevenção e reabilitação para confrontar o problema da participação de crianças e adolescentes em crimes, gangues e violência armada em comunidades de baixa renda. A estratégia é baseada na metodologia “Cinco Pilares”, uma abordagem integrada que une todos os serviços e atividades oferecidas pelo Luta pela Paz.

Graças ao sucesso e ao crescimento do Luta pela Paz no Rio de Janeiro, no ano de 2007 o projeto se tornou independente, estabelecendo-se como organização não-governamental (ONG) sem fins lucrativos, tanto no Brasil (Associação Luta pela Paz) como no Reino Unido (Fight for Peace).

3.2. Oferecer penas alternativas para réus primários não violentos.

O princípio da proporcionalidade da lei penal estabelece que a severidade da sanção criminal deve corresponder à maior ou menor gravidade da infração penal. É um princípio que se destaca por “proibir o excesso” da intervenção do Estado sobre o cidadão sendo, portanto, guardião da liberdade⁴⁹.

Entretanto, na última década, diversos governos, impulsionados pela retórica da “guerra contra as drogas”, começaram a eliminar essas distinções e a penalizar desproporcionalmente delitos relacionados às drogas relativamente menores⁵⁰. Isso levou a um aumento massivo na quantidade de presos por esse tipo de delitos. Na sua maioria, os presos eram jovens, pobres, toxicodependentes, que recorrem ao microtráfico ou a pequenos crimes para sustentar o seu vício.

Uma das principais consequências das políticas repressivas contra as drogas no Brasil foi o aumento desproporcional no número de presos no país. Dados divulgados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) informam que o Brasil tem a quarta maior população carcerária do mundo. Em 1990, as prisões brasileiras tinham 90 mil presos. Em 2010 este número saltou para 500 mil, ou seja, um aumento de 450% de acordo com Departamento Penitenciário Nacional⁵¹.

48 Mais informações no <http://www.fightforpeace.net>

49 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.

50 Transnational Institute & Washington Office on Latin America (March 2011), “*Systems overload: drug laws and prisons in Latin America*” (Amsterdam/Washington: Transnational Institute & Washington Office on Latin America), http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Systems_Overload/TNI-Systems_Overload-def.pdf; Ver também, *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2

51 Macedo, Natália. “*Sistema Penitenciário Brasileiro: Evolução da População Carcerária (1990 - Outubro/2010)*” (2010). Instituto de Pesquisa e Cultura Luiz Flávio Gomes. Disponível em: http://www.ipcluizflaviogomes.com.br/dados/1_evolucao_da_populacao_carceraria_e_nacional.

Com a finalidade de reverter esse quadro, alguns países começaram a aplicar medidas menos repressivas para delitos relacionados ao tráfico que não causam danos a terceiros e que não apresentam agravantes como o porte de armas e violência.

≈ Objetivos desta política:

1. Quebrar o círculo vicioso de múltiplas infrações, e diminuir o número de presos e os custos para o Estado;
2. Oferecer penas alternativas à prisão para delitos de pequeno potencial ofensivo;
3. Evitar injustiças sociais e o dilaceramento de famílias e gerações e romper o ciclo da violência (pais presos, famílias desestruturadas, marginalização, etc.).

≈ Como fazer na prática:

Estabelecer planos de orientação para a conduta policial e judicial e/ou criar tribunais especializados para tratar dos pequenos delitos relacionados às drogas e usuários com padrão de dependência que cometeram pequenos delitos. A ideia é oferecer aos infratores uma opção à prisão, que pode ser penas alternativas como o serviço comunitário ou tratamento para os que de fato necessitam.

≈ Exemplos de países:

Equador, Portugal, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Irlanda

O caso do Equador⁵²

Em 1991, o Equador publicou a Lei 108, chamada Lei de Substâncias Entorpecentes e Psicotrópicas, aprovada depois de um acordo bilateral com os Estados Unidos. A lei previa o recebimento de fundos do programa americano de controle de drogas, para serem investidos em ações contra o tráfico. O sucesso do acordo bilateral era medido pelo número de apreensões de drogas e armas e da quantidade de prisões. A lei, considerada uma das mais rígidas da América Latina, não fazia nenhuma distinção entre o tipo de delito cometido e a pena atribuída, estipulando pena mínima de 12 anos em todos os casos, e levou ao encarceramento de milhares de pessoas.

Em 2007, como resultado dessa política de combate às drogas, o sistema carcerário chegou a ter 18.000 pessoas presas, em uma estrutura construída para receber 7.000 indivíduos. Desses, 34% era de presos por delitos relacionados às drogas, a grande maioria condenada pela comercialização de pequenas quantidades. Uma pesquisa feita no ano de 2004 apresentou o perfil dos presos por delitos de drogas: a maioria era de consumidores problemáticos, pobres e advindos de grupos minoritários. O desemprego e a baixa escolaridade também eram comuns no grupo.

A eleição de Rafael Correa em 2006 trouxe à tona a necessidade de revisão da lei de drogas. Uma

52 Para mais informações sobre o caso de Equador, ver Transnational Institute & Washington Office on, "Systems overload: drug laws and prisons in Latin America", op. cit., nota 47; Metaal, P. (2009), "Series on legislative reform of drug policies Nr.1 - Drugs and prisons: Pardon for Mules in Ecuador, a sound proposal" (Amsterdam: Transnational Institute), http://idpc.net/sites/default/files/library/TNI_WOLA_Ecuador_Feb09_EN.pdf. Ver também o *IDPC Drug Policy Guide*, Edition 2, February 2012. Op. cit., nota 2.

das reformas foi a criação, por parte do presidente, do Ministério da Justiça e Direitos Humanos (MJDH) - órgão responsável pela reformulação do sistema de justiça criminal e penal do país. Foi criada a Unidade Transitória de Gestão Pública Penal com o intuito de dar assistência a todos àqueles que não tivessem recursos para custear sua defesa por vias particulares. Trabalhando em conjunto com outras organizações e universidades, o número de condenados caiu significativamente, de 157% de presos acima da capacidade carcerária do país para 54%. Por último, a Assembleia Nacional Constituinte publicou um pacote de reformas prevendo, entre outras coisas, que os condenados por traficar, transportar e carregar até dois quilos de substâncias ilícitas, que fossem réus primários, e que já tivessem cumprido 10%, ou pelo menos um ano da pena, teriam seus processos revisados. O impacto dessa mudança na lei foi sentido imediatamente: a justiça concedeu a liberdade a 2.300 presos.

O Brasil vem presenciando um movimento que procura reverter a aplicação desproporcionada de penas para os crimes relacionados com as drogas ilícitas. O Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que são inconstitucionais os dispositivos da Lei de Drogas (Lei Nº 11.343/06) que proíbem expressamente a conversão da pena privativa de liberdade em pena alternativa para condenados por tráfico de drogas. A determinação da Corte limita-se a remover o obstáculo legal, ficando a cargo do juiz das execuções criminais o exame dos requisitos necessários para conversão da pena⁵³.

Simultaneamente, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) do Brasil publicou a Súmula nº 492⁵⁴, que busca coibir a prática de aplicar ao adolescente em conflito com a lei a medida socioeducativa mais severa (internação) em razão de ato infracional análogo ao tráfico de drogas. O STJ decidiu que “o ato infracional análogo ao tráfico de drogas, por si só, não conduz obrigatoriamente à imposição de medida socioeducativa de internação do adolescente”. Além do efetivo cometimento da infração, seria necessária a presença das condições previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Segundo o artigo 122 do ECA⁵⁵, a internação só pode ocorrer quando o ato infracional for praticado com violência ou grave ameaça; quando houver reiteração criminosa ou descumprimento reiterado de medida disciplinar anterior. Se esses fatos não ocorrem, a internação é ilegal.

53 O voto encontra-se disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=160570&tip=UN>

54 Disponível em http://www.stj.jus.br/portal_stj/publicacao/engine.wsp?tmp.area=398&tmp.texto=106668

55 Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

4. Viabilizar pesquisas médicas e científicas com cannabis e outras substâncias ilícitas

Frequentemente, os países que criminalizam as drogas ilícitas proíbem também a produção e comercialização de drogas para a realização de investigações médicas, científicas ou criminais.

Isto traz consequências negativas em diversas áreas de governo. Por exemplo, na área da saúde, a proibição impede a identificação e o desenvolvimento de melhores e mais eficazes usos da cannabis para fins terapêuticos e medicinais.

Já na área da investigação criminal, a proibição atrapalha o cultivo ou a compra de substâncias ilícitas no seu estado puro para serem utilizadas em exames toxicológicos destinados a rastrear a origem das drogas comercializadas no mercado ilícito ou a identificar novas composições químicas.

Alguns países autorizam o cultivo de cannabis para ser utilizada na investigação médica ou científica, exigindo a autorização governamental prévia. A Convenção Única de Narcóticos da ONU recomenda a criação de uma Agência Nacional da Cannabis Medicinal visando o adequado controle de eventuais plantações da cannabis como fonte de matéria-prima para fins clínicos ou de pesquisa.

Outros países, como Holanda e Suíça, investem em pesquisas sobre a heroína e seu substituto, a metadona. Esses países também fornecem heroína e metadona para dependentes cadastrados em seus programas de redução de danos, garantindo assim a qualidade e a potência adequada da droga, diminuindo os riscos de overdose, transmissão de doenças infecciosas como o HIV/AIDS e a hepatite C.

No Brasil, embora a lei que trata do assunto (Lei 11.343/06) autorize o plantio para fins científicos, a obtenção de autorizações é difícil e excessivamente demorada e os cientistas da área se queixam da impossibilidade de realizar pesquisas com a planta por causa de uma burocracia paralisante.

≈ Objetivos desta política:

1. Permitir o cultivo, produção ou compra de substâncias ilícitas para serem usadas em pesquisas clínicas e científicas destinadas a identificar novos e melhores usos das substâncias no tratamento de doenças e da toxicodependência;
2. Permitir o cultivo ou compra de substâncias ilícitas para serem utilizadas pelas agências técnicas do sistema de segurança pública no contexto de investigações criminais.

≈ Como fazer na prática:

Legalizar e regulamentar a plantação, produção e comercialização de drogas ilícitas para serem utilizadas na realização de investigações médicas ou científicas. Diversos países criaram uma agência especial para emitir as autorizações respectivas.

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.

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 as propostas iniciais de uma agenda positiva da Rede Pense Livre para uma política sobre drogas que funcione. As propostas são o início de uma reflexão profunda, baseada em estudos científicos, para a promoção de um debate amplo e sério sobre o tema. Trata-se de um documento que não esgota por si só a discussão e todas as possibilidades de políticas e programas sobre drogas existentes globalmente. É fruto de um primeiro exercício reflexivo. É o primeiro passo para sairmos da inércia e buscarmos soluções mais justas, humanas e eficazes para a política sobre drogas.

REDE PENSE LIVRE
SÉRIE CADERNOS DE REFLEXÃO
NÚMERO 01 SETEMBRO DE 2012



COORDENAÇÃO

Instituto Igarapé

EDITORAÇÃO

Kenia Ribeiro
Editoração & Fotografia

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



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

www.igarape.org.br/penselivre
www.oesquema.com.br/penselivre
twitter.com/RedePenseLivre
facebook.com/penselivre