



**SENADO FEDERAL  
INSTITUTO LEGISLATIVO BRASILEIRO - ILB**

**FLÁVIO HENRIQUE FURTADO DE MIRANDA**

**LEGALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA**  
**Um breve estudo da importância desse debate para o Brasil**

**BRASÍLIA  
2015**

FLÁVIO HENRIQUE FURTADO DE MIRANDA

**LEGALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA**  
**Um breve estudo da importância desse debate para o Brasil**

Trabalho final apresentado para aprovação no curso de pós-graduação lato sensu, realizado pelo Instituto Legislativo Brasileiro, como requisito para obtenção do título de especialista em Administração Legislativa.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Cleide de Oliveira Lemos

**BRASÍLIA**  
**2015**

FLÁVIO HENRIQUE FURTADO DE MIRANDA

**LEGALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA**  
**Um breve estudo da importância desse debate para o Brasil**

Trabalho final apresentado para aprovação no curso de pós-graduação lato sensu, realizado pelo Instituto Legislativo Brasileiro, como requisito para obtenção do título de especialista em Administração Legislativa.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>ª</sup> Me. Cleide de Oliveira Lemos**

---

**Prof. Dr. Paulo Ricardo dos Santos Meira**

MIRANDA, Flávio Henrique Furtado de

Legalização e Regulamentação da Maconha – Um breve estudo da importância desse debate para o Brasil – Flávio Henrique F. de Miranda - Brasília, 2015.

Monografia – TCC (Pós-Graduação em Administração Legislativa) – Senado Federal. Instituto Legislativo Brasileiro - ILB – Curso de Pós-Graduação em Administração Legislativa.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Me. Cleide de Oliveira Lemos

1. Legalização e Regulamentação da Maconha. 2. Pós-Graduação em Administração Legislativa – Monografia. Título.

*Para os meus pais Edmilson e Mariana;  
meus filhos Thiago, Pablo e Anna Flávia,  
os grandes propulsores dos meus sonhos;  
e para minha esposa, Rita de Cassia,  
cujo amor me torna alguém melhor,  
minha eterna gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre meu agradecimento maior, por ter dado a mim: saúde, força e fé; para vencer todas as dificuldades que surgiram no caminho.

A todos que, de algum modo, contribuíram na conquista de mais esta vitória em minha vida.

Ao Senado Federal, que nos presenteou com esta oportunidade, incentivando-nos a crescer e mudar;

À professora Cleide, querida orientadora, pelo seu exemplo, paciência, profissionalismo, incentivos, correções e suporte, que tornaram possível a conclusão desta monografia;

A todos os professores, pela sabedoria que tão generosamente compartilharam conosco;

Aos colegas de turma, hoje amigos, pelo apoio e consideração. Nunca os esquecerei.

Obrigado!

“A justiça brasileira, como Jano, o guardião romano das portas, tem duas faces. Uma é cega aos crimes dos ricos e poderosos; outra é vigilante para punir pobres e negros. Uma das chaves serve para abrir as portas das cadeias onde algum sangue-azul deu entrada. A outra mantém trancadas as celas superlotadas de gente sem colarinho”.

(Sérgio Abranches)

## RESUMO

A maconha tem sido considerada ilegal desde a primeira metade do século XX, e isso tem causado muitos e polêmicos debates entre os especialistas que estudam o assunto, visto que o tema engloba diversos aspectos relevantes para a sociedade, tais como: diminuição do consumo; produção de uma política pública passível de ser avaliada e aperfeiçoada constantemente; custo social, econômico e emocional; diminuição do crime; custo/benefício para o governo, entre outros. Diante desses vários aspectos, aparece o termo legalização, que abre um leque de possibilidades, desde a descriminalização da posse e consumo da maconha até a legalidade dessa substância em todos os aspectos, com uma regulação e fiscalização semelhante ao que já ocorre com o tabaco e com o álcool. É nesse contexto que vemos muitas controvérsias nesse debate, pois sabe-se que no Brasil a questão da fiscalização e legalização é bastante falha. Por isso os debates a respeito deste tema são muito intensos e até passionais, em alguns momentos. O estudo apresenta como objetivo analisar os efeitos de uma possível legalização e regulamentação da maconha no Brasil. A pesquisa apresenta como metodologia uma pesquisa bibliográfica enfocando diversos estudiosos, pois este tema traz a tona uma visão proveniente da saúde pública e outra da justiça criminal.

**Palavras-chaves:** Maconha. Legalização. Fiscalização. Descriminalização.



## RESUMEN

La marihuana ha sido considerada ilegal desde la primera mitad del siglo XX, y esto ha hecho que muchos y controvertidos debates entre los expertos que estudian el tema, ya que el tema abarca varios aspectos de la sociedad, tales como: disminución del consumo; la producción de una política pública que se puede evaluar y mejorar constantemente; costo social, económico y emocional; reducción de la delincuencia; costo/beneficio para el gobierno, entre otros. Teniendo en cuenta estos aspectos, aparece la legalización plazo, lo que abre un abanico de posibilidades, desde la despenalización de la tenencia y el consumo de marihuana a la legalidad de dicha sustancia en todos los aspectos, con una regulación y supervisión similar a lo que ya ocurre con el tabaco y con alcohol. En este contexto, vemos muchas controversias en este debate, ya que se sabe que en Brasil el tema del control y legalización es muy defectuosa. Así que los debates sobre este tema son muy intensas e incluso apasionado, a veces. El estudio tiene que analizar los efectos de una posible legalización y regulación de la marihuana en Brasil. La investigación presenta como una metodología de investigación bibliográfica, centrándose en los estudiosos, ya que este tema nos lleva a una vista de la salud pública y otro de justicia penal.

**Palabras clave:** La marihuana. La legalización. Vigilancia. La despenalización.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	14
<b>1 DROGAS: CONCEPÇÃO, PERFIS DOS USUÁRIOS E EPIDEMIOLOGIA</b> .....	18
1.1 Conceitos de drogas .....	18
1.2 Epidemiologia do uso de drogas ilícitas.....	21
1.3 Epidemiologia do uso de medicamentos sem prescrição .....	22
1.4 Perfil dos usuários de drogas ilícitas .....	25
1.5 Perfil dos usuários de medicamentos sem prescrição.....	26
1.6 Uso de drogas e consumo de álcool .....	27
1.7 Importância da epidemiologia do uso de drogas lícitas e ilícitas .....	27
<b>2 POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTROLE SOCIAL</b> .....	30
2.1 Políticas públicas.....	30
2.2 Políticas públicas para as drogas no Brasil .....	35
2.3 Política Nacional sobre Drogas .....	39
<b>3 LEGALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA NO BRASIL</b> .....	45
3.1 A racionalidade da legalização de uma droga .....	48
3.2 Uso medicinal da maconha .....	51
3.3 Discussão do tema no Parlamento brasileiro.....	54
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	66
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68

## INTRODUÇÃO

As drogas sempre estiveram presentes em nosso meio, sendo lícitas e ilícitas; porém, o que mais preocupa é o abuso de drogas que atinge as camadas mais jovens da população.

Iremos apresentar diversos tipos de drogas que foram descobertas propositalmente ou casualmente pelo homem e abordar de que forma tais substâncias foram usadas para fins medicinais e como tais drogas passaram a ser utilizadas também para outros propósitos.

A literatura científica tem associado o consumo de drogas com o uso pesado de álcool e com determinadas características sócio-demográficas (MELTZER et al., 2002; ZILBERMAN et al., 2003; MENEZES & RATTO, 2004; JAFFE & ANTHONY, 2005; NIDA, 2006; NDM, 2007). Enquanto há um grande número de artigos relatando essa associação nos países desenvolvidos, ainda há uma carência de informações sobre o assunto nos países em desenvolvimento.

Em geral, drogas ilegais e álcool são mais consumidos por homens e medicações psicotrópicas por mulheres, na maioria dos países, incluindo o Brasil (CARLINI et al., 2002; LIMA et al., 2003; NIDA, 2006; BAUMMAN et al., 2007; GUXENS et al., 2007; NDM, 2007).

O maior consumo de drogas ilegais ocorre na faixa etária dos jovens, entre os de baixa escolaridade e em grupos étnicos socialmente excluídos como, por exemplo, o de afrodescendentes (MELTZER et al., 2002; MENEZES & RATTO, 2004; JAFFE & ANTHONY, 2005; SAMHSA, 2006).

O uso de drogas ilegais também é significativamente associado ao abuso de álcool e outros transtornos por uso de substâncias (BROOK et al., 1986; DEMILIO, 1989; CAMPBELL & STARK, 1990; SWIFT et al., 1990; BRESLAU et al., 1993; STEPHENS et al., 1993; WITTCHEM et al., 1996; KANDEL et al., 1997; WHITMORE et al., 1997; GUXENS et al., 2007), incluindo a dependência de nicotina (BRESLAU et al., 1993; KANDEL et al., 1997). Também está associado a transtornos de ansiedade e distúrbios afetivos (BROOK et al., 1986; DEMILIO, 1989; JOHNSON & KAPLAN, 1990; BRESLAU et al., 1993; STEPHENS et al., 1993; MEZZICH, 1993; KANDEL et al., 1997; MEHRABIAN, 2001). De fato, usuários de drogas têm níveis mais graves de prejuízos psicológicos e buscam mais serviços de saúde mental do que indivíduos que não usam drogas

(CAMPBELL & STARK, 1990; BRESLAU et al., 1993; STEPHENS et al., 1993; BURCH, 1994).

Muitas drogas psicotrópicas são adquiridas sem prescrição médica ou fora da farmácia em outros países (GUL et al., 2007) e também no Brasil (LIMA et al., 2003). O preço da droga interfere na decisão de abusar de drogas de prescrição e é sabido que usuários de substâncias ilícitas frequentemente compensam a redução da oferta de drogas por medicamentos com efeitos similares (SIMEONE & HOLLAND, 2006).

O consumo de medicamentos sem prescrição ocorre predominantemente nas mulheres e na faixa etária dos mais velhos (NDM, 2007), também havendo uma significativa associação entre esse consumo e a utilização de serviços de saúde (SAMHSA, 2006), o que pode certamente repercutir na definição de políticas públicas (BRASIL, 2004; SIMEONE & HOLLAND, 2006).

Como problematização, indaga-se: quais as consequências para o Brasil com relação à legalização e regulamentação da maconha?

O objetivo geral deste estudo é analisar os efeitos de uma possível legalização e regulamentação da maconha no Brasil. Como objetivos específicos temos: apresentar o perfil dos usuários de drogas ilícitas e o perfil de consumidores de medicamentos sem prescrição médica; expor o estudo da epidemiologia para explicar o aparecimento de usuários de drogas e aqueles que utilizam medicações sem prescrição médica, com dados atuais; abordar a Política Nacional sobre drogas e sua atuação; traçar uma análise acerca da legalização e regulamentação da maconha no Estado Brasileiro; relatar a SUG-8 de 2014, em tramitação no Senado Federal, sugestão de iniciativa popular com mais de 20 mil assinaturas coletadas no Portal e-Cidadania, que colocou em pauta a regulação do uso recreativo, medicinal e industrial da maconha no Brasil, bem como as seis audiências públicas realizadas em 2014 na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa para debater a proposta.

O argumento principal na questão da legalização são os resultados muito questionáveis da “guerra contra as drogas”, que, além de não conseguir acabar com o tráfico, nem com o consumo das drogas, ainda causa outros graves problemas sociais, tais como: corrupção policial, aumento da violência, fortalecimento do crime organizado, banalização da violação às leis, etc. Não se pode negar que as leis que versam sobre a punição do consumo e tráfico não têm surtido efeito na redução da demanda ao redor do mundo. Por mais que se prendam

traficantes e se apreendam drogas, não se pode afirmar que a estrutura e o sistema policial e jurídico atuais apresentam resultados que indicam um iminente fim dessa declarada guerra.

Essa guerra já acontece há muitos anos. No entanto, ultimamente tem se popularizado ainda mais, com consequências graves para a sociedade, porque o saldo mais comum dessa guerra é um aumento exponencial no número de mortos, tanto do lado dos traficantes, quanto do lado dos usuários e também dos policiais. (Carta Capital – A guerra de argumentos pró e contra a legalização da maconha, 26/06/2014).

O assunto aqui proposto tem o intuito de verificarmos se vale mais a pena o governo continuar financiando essa guerra, com a melhor das intenções, mas com resultados pífios, ou se é melhor legalizar ao menos o uso da maconha, que é a substância ilícita mais consumida no mundo, como vários países já estão fazendo, com restrições e obviamente com mudanças nas leis que tratam da questão, considerando também uma série de novas descobertas científicas animadoras em relação ao seu uso medicinal no tratamento de várias doenças. Mas para isso é preciso que os governos mudem seus conceitos e novas leis sejam criadas.

Quanto à metodologia, trata-se de uma pesquisa bibliográfica por meio de livros, artigos e sites oficiais do governo ou de entidades dedicadas ao tema, que distribuimos em três capítulos.

O primeiro capítulo comenta sobre as drogas, identificando os perfis dos usuários e a epidemiologia, onde se percebe que há uma grande necessidade de buscar de forma constante a renovação de conceitos e projetos para lidar com os fatores que influenciam o indivíduo a procurar o uso de drogas, lícitas ou ilícitas. Sabe-se que a problemática das drogas é de âmbito mundial: não se trata de algo isolado na vida do usuário e pode afetar outros, no campo pessoal, familiar, social e profissional.

O segundo capítulo aborda as políticas públicas e o controle social para as drogas no Brasil. Nesse tópico, verificam-se os marcos políticos e legais, e enfoca-se que a atual lei busca o equilíbrio entre as políticas de repressão ao tráfico e as medidas de prevenção e reintegração social dos usuários, inovando quanto aos tratamentos penais dispensados a cada um deles, o que em síntese representa uma mudança no pensamento jurídico brasileiro sobre a questão do combate às drogas.

O terceiro capítulo enfoca a legalização e regulamentação da maconha. Este capítulo aborda também as seis audiências públicas ocorridas no Senado Federal, mostrando como é difícil para os políticos tomarem decisões sobre este tema em particular.

## REVISÃO DA LITERATURA

A droga existe há muitos séculos, não se sabe ao certo porque as pessoas iniciaram o uso dessa substância, talvez para aliviar as frustrações do cotidiano, angústias, ansiedades, revoltas, etc. O que se percebe é que, ao longo do tempo, ela acabou por deixar pessoas dependentes, o que levou a sociedade à proibição entre os usuários. No entanto, algumas pessoas viram nisso uma oportunidade de lucro e aproveitaram-se da proibição para iniciar o comércio clandestino das drogas, criando assim o tráfico.

Ao se considerar a questão das drogas, é importante diferenciar o usuário do traficante. O usuário é a pessoa que adquire a droga para consumo próprio, seja dependente ou não. O traficante é aquele que produz ou comercializa determinada droga ilícita. Para a Justiça determinar se a droga destina-se ao consumo pessoal, é necessário analisar a quantidade da substância, as condições da apreensão e as circunstâncias sociais e pessoais do portador.

Uma das drogas mais utilizadas desde sempre é a maconha.

Pesquisas demonstram que o canabidiol, um dos componentes presentes na maconha, possibilita tratamentos excelentes ao ser humano. Usada como medicamento, a maconha oferece benefícios, apesar de algumas contraindicações. Porém, seu uso abusivo e descontrolado impede o usufruto de suas finalidades terapêuticas.

A maconha é uma erva cujo nome científico é *Cannabis Sativa*. Em latim *Cannabis* significa cânhamo, que denomina o gênero da família da planta, e *Sativa* diz respeito à cultura de como é plantada ou semeada, e indica a espécie e a natureza do desenvolvimento da planta. É uma planta originária da Ásia Central, com extrema adaptabilidade no que se refere ao clima, altitude, solo, apesar de haver uma variação quanto à conservação das suas propriedades psicoativas, pois essa requer clima quente e seco e umidade adequada do solo (COUTINHO; ARAÚJO; GONTIES apud AMBROSIO, 2009).

Há também o haxixe, pasta semissólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psicoativos.

O Senado do Uruguai aprovou a lei que legaliza a compra, venda e cultivo de maconha no país. Com a aprovação, a nação é a primeira do mundo em que o Estado assume o controle

sobre o processo de produção, distribuição e comercialização da erva. Com a medida, o governo uruguaio pretende desarticular parte do narcotráfico no país – estimado em cerca de 30 milhões de dólares ao ano – e controlar o consumo da droga (CAULYT, 2013).

A Agence France-Presse (AFP) informa, em matéria veiculada no G1 (2014) que nos Estados Unidos, os estados de Washington e Colorado passaram a aceitar a legalização da produção e venda de maconha. Em 6 de novembro de 2012, uma iniciativa popular de emenda à constituição estadual do Colorado ("*Colorado Amendment 64*") foi aprovada pela assembleia daquele estado, permitindo o consumo pessoal de maconha para maiores de 21 anos, que podem comprar cerca de 28 gramas da droga, porém, só pode ser consumida em locais privados. Na oportunidade, foi regulado também o cultivo comercial, manufatura e venda da cannabis de uma maneira similar à venda de álcool. As primeiras lojas dedicadas a este comércio ("*coffee shops*") abriram suas portas ao público em 1º de janeiro de 2014.

O primeiro comprador legal no estado do Colorado e no país foi Sean Azzariti, um ex-marine veterano da Guerra do Iraque, que sofre de estresse e desordem pós-traumática após dois turnos de serviço militar no Iraque. A lei é uma novidade no continente americano, onde até pouco tempo imperava uma combinação de proibição e repressão aos consumidores, além de um combate armado aos produtores e traficantes, sobretudo nas Américas Central e do Sul (G1, 2014)

O Canadá foi o primeiro país no mundo a permitir legalmente o uso da maconha para fins medicinais, quando aprovou em 2001 uma lei com essa finalidade específica. Lá se pode cultivar e consumir a erva se houver receita médica e um documento autorizado emitido pelo governo. Porém, a produção comercial e a venda da maconha para outros fins que não sejam medicinais são considerados crimes (G1, 2013)

Portugal, ainda segundo matéria da AFP, foi um dos primeiros países do mundo a adotar uma polêmica mudança na lei sobre as drogas. Naquele país, desde 2001, ninguém pode ser preso por usar drogas. Era possível comprar drogas alucinógenas em mais de 40 lojas do país até o início de 2013, mas, após as mortes de alguns clientes, os produtos foram proibidos em alguns locais. Atualmente, a posse de maconha é limitada a 25 gramas da erva. Os limites são definidos por 10 doses diárias e, se forem excedidos, é considerado que existe tráfico de drogas (G1, 2013).

Na Holanda, onde a venda de maconha foi autorizada na prática e sem muito alarde nos anos de 1970, não houve um "boom" no uso. Pode-se comprar a planta em lojas especiais a partir dos 18 anos. Já a compra e venda da maconha em qualquer outro lugar é ilegal. O cultivo e a venda por atacado de maconha são igualmente "tolerados" em pequenas quantidades, algo aproximado em 5 gramas. Embora o uso

ao ar livre seja proibido, ele também é "tolerado" na maioria dos locais. Assim sendo, a maconha não é legalizada, mas o sistema descriminalizou o usuário e regularizou a venda de pequenas quantidades em condições restritas. Por outro lado, tanto a posse quanto o comércio, o transporte e a produção de todas as outras drogas são expressamente proibidos e reprimidos com eficiência - as penas podem chegar aos 12 anos de prisão (G1, 2013).

Na Espanha, na década de 1990, foram criadas associações sem fins lucrativos que distribuem maconha. Nessas associações, podem se cadastrar pessoas maiores de 18 anos, que já sejam usuários habituais da erva e que tenham sido indicados por um ou mais associados. Com esse modelo, os espanhóis têm conseguido não apenas retirar uma grande fonte de lucro dos traficantes, mas também reduzir os danos associados ao uso de maconha (G1, 2013).

Em Israel, a maconha é uma droga ilegal. No entanto, a utilização terapêutica foi permitida a partir de 1993, de acordo com o Ministério da Saúde. A erva atualmente é usada no país para o tratamento de milhares de pessoas que sofrem de doenças como câncer, Parkinson, esclerose múltipla, doença de Crohn e transtorno de estresse pós-traumático, de acordo com o governo (G1, 2013).

O principal motivo do uso indiscriminado da maconha é a sensação que ela proporciona aos seus usuários: estado alterado de consciência, euforia, disforia, alterações na percepção do tempo, perda nas funções sensoriais simples, como comer, assistir televisão e ter relações sexuais. Porém pode haver crises de ansiedade, ataques de pânico, e alucinação até mesmo em usuários mais experientes (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA apud AMBROSIO, 2009).

Percebe-se então que a discussão sobre a regulação da maconha existe em muitos países. Diante desse contexto, o Brasil está atrasado nessa questão, seja pelos debates, seja pelas leis que dispõem sobre o uso da maconha para fins medicinais, por exemplo. No entanto, vivemos numa realidade em que a proibição é muito mais permissiva do que a regulação. Atualmente, quem quiser comprar drogas, consegue sem grande dificuldade, sem restrição de idade ou controle. Porém, os debates ocorridos na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), no Senado Federal, foram relevantes e significativos, pois houve participação de vários segmentos da sociedade, como juízes, médicos, famílias, deputados, formadores de opiniões, defendendo mudanças que vão desde a descriminalização do porte para o consumo até a regulação da maconha.

A legislação brasileira sobre drogas datada da década de 1970 não fazia a diferenciação entre traficantes, usuários e dependentes para efeitos criminais. As novas políticas e legislações têm gerado uma mudança de paradigma, propondo a extinção da pena



de prisão para usuários e dependentes que serão submetidos a penas alternativas e encaminhados a tratamento médico gratuito não compulsório.

Após a divulgação do relatório da Organização dos Estados Americanos (OEA) sobre a legalização da maconha o assunto ganhou novo status, pois o relatório defende a flexibilização das ações de repressão contra a droga em busca de uma nova estratégia comum contra os entorpecentes.

# 1 DROGAS: CONCEPÇÃO, PERFIS DOS USUÁRIOS E EPIDEMIOLOGIA

## 1.1 Conceitos de drogas

A Organização Mundial de Saúde define droga como “toda substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. As drogas ilícitas são substâncias psicoativas cuja produção, venda ou uso são proibidos. Estritamente falando, não é a droga que é ilícita, mas sua produção, venda ou uso em circunstâncias específicas em uma dada jurisdição. As substâncias sujeitas a esse controle diferem de país para país (BERTOLOTE, 2006).

Em geral, medicamentos psicotrópicos têm o mesmo significado de substâncias psicoativas, ou seja, são fármacos que afetam os processos mentais.

Em termos estritos, droga psicotrópica é qualquer agente químico com ação primária ou mais significativa no Sistema Nervoso Central. Alguns autores aplicam o termo a drogas de uso primário no tratamento de transtornos mentais, como sedativos ansiolíticos, antidepressivos, agentes antimaníacos e neurolépticos. Outros usam o termo para se referir às substâncias com alto risco de abuso, devido a seus efeitos no humor, na consciência ou em ambos, tais como estimulantes, alucinógenos, opióides, sedativos/hipnóticos, etc. O uso de medicamentos sem prescrição ou o uso não médico ocorre quando um medicamento, que normalmente necessita de prescrição médica, obtido ou não mediante receita médica, é usado de forma diferente da prescrita ou além do período da prescrição ou por uma pessoa para quem a droga não foi prescrita (SAMHSA, 2006; BERTOLOTE, 2006).

Quantitativamente, na literatura americana, beber pesado é definido como três ou mais doses por ocasião para mulheres ou cinco ou mais doses para homens (NIAAA, 2003).

Beber problemático é o consumo de duas doses (1 dose = 50 ml de álcool a 40%; 350 ml de cerveja a 5%; 150 ml de vinho a 12%; 75 ml de Martini, ou seja, 12-14 g de álcool) para mulheres e três ou mais para homens, uma ou mais vezes por semana acompanhado de ao menos um dos seguintes critérios: vivência de alguma consequência negativa nos últimos doze meses ou qualquer critério de dependência (NIAAA, 2003).

Deve ser destacado que, na literatura inglesa, o termo abuso de álcool é usado como um nome genérico para qualquer uso nocivo, problemático de risco ou dependência do álcool (BARBOR & HIGGLE-BIDDLE, 2003). No Brasil, no momento, a literatura prefere usar o

termo uso problemático ou nocivo, enquanto o termo abuso é reservado ao abuso físico ou sexual.

O beber se embriagando ou ficando de porre (“binge drinking”), definido como cinco ou mais drinques por ocasião (WECHSLER et al., 1994) é um padrão de uso periódico associado com aumento do prejuízo físico e emocional, incluindo violência, acidentes, gravidez não planejada, sexo desprotegido e doenças sexualmente transmissíveis. É frequentemente encontrado entre homens na maioria dos países (WILSNACK et al., 2000).

O uso de risco de bebida alcoólica é aquele no qual o indivíduo, ao aumentar a quantidade e frequência de ingestão, aumenta as suas chances de sofrer algum dano físico ou mental ou de ocasioná-lo para os que o rodeiam. O uso nocivo de bebida alcoólica ocorre quando há o uso de risco frequente já com inúmeros problemas associados (sociais, familiares, legais e mesmo físicos), porém ainda sem dependência instalada (OMS, 1993).

Comportamentos de risco são formas específicas de comportamento associadas com o aumento da susceptibilidade a uma doença específica (WHO, 1998 apud NUTBEAM, 1998). Os comportamentos de risco são usualmente definidos como "perigosos" com base em dados epidemiológicos e dados psicossociais.

Comportamentos de risco fazem parte de um padrão de comportamentos mais complexos definido como estilo de vida, o qual também contempla os comportamentos de saúde (NUTBEAM, 1998).

Transtornos por uso de substância são uma formulação abreviada da categoria diagnóstica F.1x da CID-10: “Transtornos mentais e comportamentais associados com o uso de substâncias psicoativas”. Essa categoria inclui a intoxicação aguda (F1x.0), o uso prejudicial (F1x.1), a síndrome de dependência (F1x.2), a síndrome de abstinência (F1x.3), a síndrome de abstinência com delirium (F1x.4), os transtornos psicóticos (F1x.5) e a síndrome amnésica (F1x.6). Para uma substância particular, estas condições podem ser agrupadas como, por exemplo, transtornos devido ao uso de álcool, transtornos devido ao uso de maconha, transtornos devido ao uso de estimulantes. Os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas são definidos como de relevância clínica em contraposição aos problemas associados ao uso de substâncias psicoativas que incluem eventos e condições que não apresentam necessariamente uma relevância clínica (BERTOLOTE, 2006).

Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (SENAD, 2014).

Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos. Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras.

Vale lembrar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. No entanto, há substâncias psicoativas aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que têm esse poder. A lista de substâncias na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), inclui: álcool; opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinóides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; solventes voláteis (SENAD, 2014).

Há diversas formas de classificar as drogas. Existe uma classificação de interesse didático que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância, a saber: drogas depressoras da atividade mental, drogas estimulantes da atividade mental e drogas perturbadoras da atividade mental.

As drogas depressoras da atividade mental incluem uma grande variedade de substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência. É o caso do álcool e dos barbitúricos, benzodiazepínicos, opióides, solventes ou inalantes (SENAD, 2014).

As drogas estimulantes da atividade mental são aquelas que aumentam a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São as anfetaminas e a cocaína. No grupo das drogas perturbadoras da atividade mental, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários

fenômenos psíquicos anormais, entre os quais se destacam os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação de alucinógenos. São elas: a maconha, os alucinógenos, o ecstasy (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA) e os anticolinérgicos (SENAD, 2014).

## **1.2 Epidemiologia do uso de drogas ilícitas**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Estimativas internacionais indicam que de 8% a 45% da população geral dos países ocidentais experimentou maconha alguma vez na vida. No Canadá e nos Estados Unidos, quase uma em duas pessoas experimentou maconha. Dinamarca e Reino Unido estão no topo da lista com 31% e 30% respectivamente (NDM, 2007).

Em um estudo de base populacional com os pacientes atendidos nas emergências dos Estados Unidos, encontraram que o uso declarado de substâncias foi maior para maconha (11% nos homens, 6% nas mulheres). Após correções para sub-relatos, o uso total de qualquer substância saltou de 44% para 56% nas mulheres e de 61% para 69% nos homens.

No grupo dos 15 primeiros países da União Europeia, a porcentagem de usuários de cocaína variou de quase zero a quase sete por cento. Altas taxas foram encontradas no Reino Unido, Espanha e Itália. Na Holanda, mais de 3% da população entre 15 e 64 anos usaram cocaína de forma contínua. Nos outros estados membros da União Europeia, a porcentagem de usuários não excedeu 1,2% (NDM, 2007).

A disponibilidade das drogas e os meios pelos quais as drogas são comercializadas influenciam quais tipos de drogas são usadas e quem as usa nos diferentes países (UNODC, 2002). Essa influência pode ser observada no Brasil e em outros países da América Latina onde o comércio e consumo de heroína praticamente não existem.

Um estudo conduzido pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CARLINI et al., 2002) pontuou que a prevalência do uso de drogas ilícitas durante a vida foi de 11,6%, uma taxa similar àquela encontrada no Chile e maior do que a da Colômbia. O uso de maconha apresentou a maior prevalência durante a vida (6,6%), enquanto a prevalência do uso de cocaína no Estado de São Paulo foi de 2,1%. Não houve relatos do uso de heroína.

Novamente, o uso de drogas ilícitas por homens foi maior do que o das mulheres, um fato que deveria ser levado em conta nos programas de prevenção.

A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. A maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%). Nas maiores cidades do Estado de São Paulo, o uso na vida de cocaína atinge 2,1% da população.

Mesmo presente entre uma parcela diminuta da população, a cocaína é a substância ilícita mais utilizada entre aqueles que procuram atendimento de emergência ou tratamentos especializados para dependência (DUNN & LARANJEIRA, 2001; UNODCCP, 2001).

Araújo (2013) relata que, no Brasil, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apresentou resultados sobre o uso de drogas psicotrópicas entre os estudantes das cinco regiões brasileiras. Na região Nordeste, apresentou uma maior defasagem escolar os estudantes que tinham feito mais uso na vida de drogas psicotrópicas (27,2%) comparando-se aos que nunca tinham utilizado (19,23%), havendo predominância de maconha, cocaína, opiáceos, tabaco e álcool no sexo masculino. Na região Centro-Oeste, o uso de drogas psicotrópicas apresentou maior prevalência de uso na vida entre os estudantes das classes sociais A e B, não havendo predomínio entre ambos os sexos. Por outro lado, estudantes da região Sudeste do Brasil apresentaram um maior uso na vida de drogas psicotrópicas nas classes sociais C, D e E, sendo as drogas mais utilizadas, pela ordem: álcool, tabaco, solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e cocaína. Na região Sul do Brasil, os estudantes que tinham feito uso na vida de drogas psicotrópicas (16,1%) apresentaram defasagem escolar.

Em estudo epidemiológico composto por 10.030 estudantes da região norte do Brasil, observou-se que o uso de tabaco, álcool e outras drogas psicotrópicas prejudica consideravelmente o rendimento escolar. Nessa população, os estudantes usuários de drogas apresentaram defasagem escolar de três anos ou mais, sendo detectado elevado número de faltas nas atividades escolares dos estudantes usuários de drogas. Além disso, as drogas psicotrópicas mais utilizadas pelos estudantes da região norte foram: álcool, tabaco, solventes, maconha, anfetamínicos, ansiolíticos e cocaína (ARAÚJO, 2013).

### **1.3 Epidemiologia do uso de medicamentos sem prescrição**

É importante salientar que os usuários nem sempre demonstram racionalidade no uso dos medicamentos. Silva (2008) comenta que a Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que cerca de 10% da população nos centros urbanos do mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas. Isso se deve à disponibilidade dos medicamentos. Os meios pelos

quais eles são comercializados decerto influenciam a determinação dos tipos usados e de quem os utiliza.

No Brasil, um estudo feito pelo Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas mostrou que a maconha apresentou a maior prevalência de uso entre as drogas ilícitas.

Estudos revelam uma significativa prevalência do uso de medicamentos sem prescrição, seja pela compra deles em farmácias (SAMHSA, 2006), ou por aquisições “over-the-counter” (fora do balcão da farmácia), um termo que vem sendo utilizado pela literatura internacional para definir os medicamentos que não necessitam de prescrição para serem adquiridos (SAMHSA, 2006; GÜL et al., 2007).

Sabe-se que usuários de drogas ilegais em todo o mundo frequentemente compensam o suprimento reduzido de tais substâncias por drogas lícitas que têm efeitos similares, as quais são, na maioria das vezes, adquiridas sem prescrição (SIMEONE & HOLLAND, 2006).

As drogas psicoativas agem no cérebro de várias formas diferentes. Os estimulantes fazem, por exemplo, fazem o cérebro funcionar mais rapidamente, colocando-o sob um estado de alerta exagerado, causando euforia e bem-estar, com o consequente aumento da capacidade de trabalho. Nesse grupo destacam-se as anfetaminas, o ecstasy e a cocaína, como principais representantes desse grupo. De forma oposta, as drogas depressoras fazem com que o Sistema Nervoso Central (SNC) funcione mais lentamente, produzindo uma sensação de tranquilidade e de desligamento da realidade. São exemplos desse tipo de drogas os tranquilizantes e os barbitúricos. Os alucinógenos, por sua vez, atuam perturbando o funcionamento do cérebro. Não aceleram nem diminuem o ritmo do SNC, mas podem provocar delírios, ilusões e alucinações acompanhados por relaxamento ou euforia. Alguns dos principais representantes desse grupo são a maconha, o LSD e o chá de cogumelos (CEBRID, 2007).

Os medicamentos, por sua vez, além de serem drogas aceitas e utilizadas mundialmente como um dos mais importantes recursos terapêuticos da medicina moderna, vêm sendo usados de forma abusiva, causando tantos males quanto àqueles causados por drogas de uso ilícito. Entre tais prejuízos estão a dependência, a síndrome de abstinência e os distúrbios comportamentais e até mesmo a morte (CALDAS, 1999). Dessa forma, torna-se fundamental o estudo dos efeitos e das consequências dessas substâncias, assim como a frequente coleta de dados para estudos atualizados e tratamentos eficazes, visto o fato dessa questão representar um problema de saúde pública. Além disso, a circulação das substâncias psicoativas ilícitas, ou seja, usadas e comercializadas ilegalmente, torna-as cada vez mais acessíveis e atraentes a adolescentes estudantes, pois elas fazem uso de diversas formas de sedução (ABRAMOVAY & CASTRO, 2005).

O percentual de uso de medicamentos sem prescrição geralmente é estimado pelas agências de regulação nacional de cada país e varia muito de lugar para lugar, girando em torno de 10% em algumas regiões e em mais de 50% em outras (LIMA et al., 2003; NIDA, 2006; SAMHSA, 2006). Entre os medicamentos psicotrópicos sem prescrição mais consumidos no mundo estão os benzodiazepínicos com uma prevalência de 5,8% nos Estados Unidos e de 3,3% no Brasil (CARLINI et al., 2002).

Ao contrário de outros países, no Brasil não há informações sobre o consumo de medicamentos geradas a partir de bancos de dados de abrangência nacional (ROZENFELD & VALENTE, 2004). Entre 2001 e 2005, foi estimado um crescimento de 5% ao ano nas vendas de medicamentos em geral. Esse crescimento parece estar associado a muitos fatores, como a melhora da renda média, a oferta contínua de novas drogas e o investimento massivo em pesquisa (IMSHEALTH, 2006).

Alguns estudos de base populacional investigaram o uso das medicações psicotrópicas em adultos, encontrando uma alta proporção de uso de medicamentos em todas as faixas etárias (ARRAIS, 1997; LIMA et al., 2003).

Importante salientar que qualquer medicação que se usa tem uma finalidade e uma dosagem. Para tanto é preciso haver prescrição médica. Sem orientação correta pode-se obter, em vez de uma solução, um grande problema.

O abuso de drogas pode ser uma resposta afetiva. O uso indiscriminado e sem finalidades terapêuticas, é descrito pelo senso comum como ficar "na boa", "ligado", "animado", evidenciando a percepção do uso de psicoativos como uma tentativa, bem ou malsucedida, de encontrar alívio para as dificuldades do dia-a-dia (CALDAS, 1999). Dessa forma, consumir essas substâncias poderia ser uma estratégia para amenizar a tensão. A fase da adolescência exige a assimilação de uma grande quantidade de novas experiências físicas, sociais e intelectuais, algo difícil para o jovem que se encontra em um estado de desequilíbrio. Os bruscos aumentos na taxa de depressão e a redução na autoestima parecem estar associados ao acréscimo dessas novas demandas e mudanças com as quais ele terá que conviver (BEE, 1997).

O adolescente sente necessidade de confrontar, experimentar limites e mesmo de transgredir, "abrindo" um espaço de conquista e de afirmação. A vontade de ter experiências novas coexiste com o desejo de testar tais limites (SILVA & DEUS, 2005).



#### 1.4 Perfil dos usuários de drogas ilícitas

Homens são mais suscetíveis do que as mulheres quanto ao uso de drogas ilícitas. O consumo de drogas também ocorre principalmente entre jovens e adultos jovens (ZILBERMAN et al., 2003; NIDA, 2006; NDM, 2007).

Altas taxas de dependência de drogas têm sido relacionadas com níveis baixos de escolaridade e de renda e com os grupos étnicos portadores de tais características como, por exemplo, os afrodescendentes na maioria dos países europeus e americanos (MELTZER et al., 2002; MENEZES & RATTO, 2004; JAFFE & ANTHONY, 2005; SAMHSA, 2006).

Estudos sobre a relação entre espiritualidade e uso de drogas têm evidenciado que as religiões mais conservadoras tendem a apresentar menos usuários de álcool e drogas entre os seus membros (ENGS et al., 1990; DALGALARRONDO et al., 2004).

A cannabis, atualmente, é considerada uma droga leve e aceita pela sociedade, pois está presente na rotina de muitos adolescentes. Esse fato torna-se preocupante, porque deve-se tomar cuidado com as dosagens. Havendo a legalização, haveria também a regulamentação, e assim quantidades aceitáveis para uso seriam explicitadas, existindo então uma diretriz para um consumo responsável, como já existe em relação ao álcool (SILVA & DEUS, 2005).

Estudos indicam que aqueles que usam drogas de forma descontínua geralmente iniciam o uso por razões sociais, especialmente por influência do grupo de amigos com quem convivem. Dessa forma, aqueles que moram com familiares que não usam drogas tendem a reproduzir as mesmas atitudes e valores sobre o uso de substâncias psicoativas. Por outro lado, a convivência com familiares que fazem uso de drogas e que possuem problemas psicológicos tende a precipitar no indivíduo o uso crônico de tais substâncias (JUSTESEN, 2008).

Apesar de os usuários de substâncias psicoativas apresentarem certa resistência para tratarem de seus problemas com drogas, cerca de metade dos indivíduos com transtorno por uso de drogas tem algum transtorno de personalidade. O abuso e a dependência de drogas também têm sido associados com transtornos depressivos e de ansiedade, o que aumentaria a busca dos usuários pelos serviços de saúde mental para tratar destas comorbidades (GRANT et al., 2004; JAFFE & ANTHONY, 2005; SULLIVAN et al., 2006).

Outros achados indicam que não há um grupo homogêneo de usuários de drogas, mas diferentes grupos com diferentes padrões de uso de drogas que não compartilham os mesmos fatores de risco. Estudos indicam que usuários pesados de drogas foram mais suscetíveis a

desenvolver dependência de álcool e outras drogas, além de transtornos afetivos (MEHRABIAN, 2001; LOPES & SICHIERI, 2002).

No Brasil, a demanda por substâncias ilícitas parece ser maior entre os jovens e em populações com níveis elevados de desemprego, dificuldades de moradia, oportunidades educacionais limitadas, elevada criminalidade e com serviços de saúde deficientes (BRASIL, 1995).

### **1.5 Perfil dos usuários de medicamentos sem prescrição**

O uso de fármacos com eficácia demonstrada em distúrbios psiquiátricos tornou-se disseminado a partir de meados da década de 1950. Hoje, cerca de 10-15% das prescrições feitas nos Estados Unidos são para medicações destinadas a afetar os processos mentais: para sedar, estimular ou, de algum modo, mudar o humor, o raciocínio ou o comportamento. O uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição está associado ao sexo feminino e às idades mais avançadas na literatura internacional. Pacientes acima dos 65 anos manifestaram uso significativamente maior quando comparados a pacientes de outras faixas de idade (YUNES; PEDROSA; FILHO, 2001).

Silva (2008) relata que foram classificados como fazendo uso de medicamentos psicotrópicos sem prescrição aqueles respondentes que relataram o consumo de um dos seguintes medicamentos que normalmente necessitam de prescrição médica, obtido ou não mediante receita, de forma diferente da prescrita ou além do período da prescrição nos últimos 12 meses: antidepressivos, benzodiazepínicos, anfetaminas ou qualquer droga psicotrópica.

Também é bastante conhecida a forte associação entre o uso de medicamentos sem prescrição e a busca acentuada por serviços de saúde, incluindo aqueles que oferecem tratamentos de saúde mental (SAMHSA, 2006).

No Brasil, as mulheres com idade compreendida entre os 16 e 45 anos são as que mais utilizam medicamentos sem prescrição. Os homens tendem a aumentar o consumo de medicamentos sem prescrição a partir dos 56 anos, sendo os psicotrópicos de propriedades ansiolíticas uma das categorias mais utilizadas de medicamentos sem prescrição (ARRAIS, 1997; LIMA et al., 2003).

## **1.6 Uso de drogas e consumo de álcool**

A literatura científica associa o consumo de drogas com o uso pesado e problemático de álcool e com vários outros comportamentos de risco (WECHSLER et al., 1994; MARLATT et al., 1998; PIEDRA et al., 2005; BARROS et al., 2007).

Entre todos os padrões de consumo de álcool, o episódio de beber pesado tem sido mais frequentemente associado com o uso de drogas ilícitas (TAYLOR et al., 2007).

Helzer & Pryzbeck (1998) relataram que, entre os que faziam uso nocivo somente de maconha, a taxa de prevalência de alcoolismo ao longo da vida foi de cerca de um terço (36%), enquanto a taxa de alcoolismo entre os usuários de drogas pesadas foi muito maior, alcançando 62% nos usuários de estimulantes e 84% nos usuários de cocaína.

Para Grossop, Manning & Ridge (2006), houve diferenças no consumo de álcool entre usuários de cocaína e crack. Usuários de cocaína apresentaram maior frequência de beber pesado do que usuários de crack. O beber pesado frequentemente envolvia quantidade excessiva de beber em períodos prolongados.

Usuários de crack relataram sérios problemas associados com o uso de outras drogas ilícitas, crime, problemas físicos e psicológicos. Quase metade dos usuários de cocaína relatou beber pesado ao menos uma vez no mês anterior, com um sexto relatando um episódio de beber com duração de mais de 24 horas e com um pico de consumo de álcool de aproximadamente 23 U (184 g de etanol). Estima-se que, no Brasil, cerca de 70% da população já tenha feito uso de álcool em algum momento da vida. Em se tratando do uso de outras drogas que não o álcool ou o tabaco, o percentual projetado é de 20% na população geral. Praticamente todos aqueles classificados como dependentes de alguma droga ilícita relataram ter feito uso de álcool (CARLINI et al., 2002).

Malta et al. (2011) relatam que o álcool, quando consumido de maneira abusiva, está associado a consequências negativas para a saúde da população, pois é um dos principais fatores de risco para o desencadeamento de doenças cardiovasculares, ocorrência de acidentes de trânsito e homicídios, os quais representam a maior causa de morte entre jovens.

## **1.7 Importância da epidemiologia do uso de drogas lícitas e ilícitas**

Para o desenvolvimento de políticas públicas a epidemiologia é uma área que estuda a distribuição dos problemas de saúde nas populações para determinar a natureza, as

características e as condições ambientais ou as circunstâncias que estão associadas a esses problemas (UNODC, 2002).

A epidemiologia do uso de drogas é muito importante para o estabelecimento de políticas sobre as drogas em uma cidade, estado ou país. Os inquéritos populacionais podem oferecer informações úteis sobre a prevalência do uso de substâncias psicoativas, características sócio-demográficas dos usuários de drogas e fatores de risco como, por exemplo, estilo de vida, fumo de tabaco, uso de álcool, disponibilidade de drogas, influência dos companheiros, etc.

A definição da prevalência do uso de drogas na população geral ou na maioria dos extratos da população geral é fundamental para a afirmação das necessidades e intenções políticas, particularmente para o desenvolvimento de programas preventivos. Os políticos podem utilizar tais dados para ajudar a mudar atitudes e para desenvolver ofertas de serviços efetivos e ações de redução de demanda (EMCDDA, 2009).

Segundo Woodak (1998), o consumo de drogas ilícitas constituía um problema em somente alguns países há uma geração. Ao longo dos anos 60, o uso de drogas se estendeu a diversos países desenvolvidos. Nos anos 80, o consumo de drogas ilícitas começou a se estender à maioria dos países em desenvolvimento.

No início dos anos 90, estimava-se que existiam no mundo mais de 5 milhões de usuários de drogas injetáveis, envolvendo mais de 120 países (STIMSON, 2005).

Simeone & Holland (2006) examinaram os efeitos dos Programas de Monitoramento de Drogas de Prescrição (PMDP) sobre a oferta e o abuso de drogas prescritas. O modelo de pesquisa que utilizaram sugeriu que os PMDP reduziram a prescrição de analgésicos e estimulantes por pessoa e, assim, reduziram a probabilidade do abuso dessas drogas. As evidências também sugeriram que os estados que foram proativos em sua abordagem de regulação dos anoréxicos e aliviadores da dor foram mais efetivos na redução da oferta de analgésicos e estimulantes por pessoa que os estados que foram somente reativos em seu modelo de regulação.

No Brasil, a relação entre o uso de álcool ou de outras drogas e os eventos acidentais ou situações de violência evidencia um aumento na gravidade de lesões e a diminuição dos anos potenciais de vida da população, expondo as pessoas a comportamentos de risco. Os acidentes e as violências ocupam a segunda causa de mortalidade geral, sendo a primeira

causa de óbitos entre pessoas de 10 a 49 anos de idade. Esse perfil se mantém nas séries históricas do Sistema de Mortalidade do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Baseando-se nos conhecimentos previamente apresentados, sugestões podem ser elaboradas para o desenvolvimento de avaliações, abordagens e programas direcionados aos diferentes níveis do sistema de saúde, incluindo o nível nacional, comunitário e individual. Esta avaliação deveria abranger os principais aspectos envolvidos com o uso de drogas em cada país, cidade ou comunidade, incluindo a dinâmica do uso e problemas associados; idade média do uso de drogas; aparição de novas drogas e novos padrões de uso; propagação do tráfico e de crimes relacionados; consequências do uso das drogas como, por exemplo, a aids, hepatite e outros prejuízos; além da identificação de grupos específicos de uso de drogas (EMCDDA, 2009).

Conhecer o padrão e as associações do uso de drogas ilícitas e medicamentos psicotrópicos sem prescrição em amostra populacional pode promover o conhecimento sobre o consumo dessas substâncias entre homens, mulheres, jovens, idosos e outros grupos demográficos, contribuindo assim para a elaboração de programas preventivos, medidas de saúde e políticas públicas.

## **2 POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTROLE SOCIAL**

### **2.1 Políticas públicas**

A definição de políticas públicas na área social varia de um autor para outro, que optam por caracterizações e abordagens diferentes. Contudo, há certo consenso sobre a importância e finalidade delas na sociedade.

Para Höfling (2001), as políticas públicas podem ser entendidas como o Estado em ação, o Estado aqui caracterizado como o conjunto de instituições permanentes, composto pelos órgãos legislativos, tribunais, exército e outros. Já o Governo é formado por um conjunto de programas e projetos que parte da sociedade como um todo, e é determinado pelo modelo político adotado por determinado governo que desempenha a função de Estado por um período de tempo determinado.

As políticas públicas sociais surgiram nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. Apesar de não haver um consenso comum entre os autores, Höfling (2001) faz uma distinção específica de políticas sociais:

Políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001, p.31).

Segundo Souza (2006), do ponto de vista teórico e conceitual, as políticas públicas, são campos multidisciplinares, principalmente na área social, e suas teorias devem sintetizar e ser fundamentadas no conhecimento produzido nas áreas de Sociologia, Ciências Políticas, Economia e Psicologia. Das diferentes definições e conceito, o autor enfatiza que as políticas públicas permitem distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que de fato faz; envolvem diferentes atores, formais e informais, e também diferentes níveis de decisão; são abrangentes e não se limitam às leis e regras; têm objetivos claros a serem alcançados, geralmente de longo prazo, e sua proposição implica sempre na implementação, execução e avaliação.

Sob a responsabilidade do Estado, as políticas públicas são implementadas e mantidas por um processo de decisões de diversos órgãos e agentes da sociedade. Tais decisões são

norteadas por conceitos, posturas teóricas, proposições políticas e ideológicas e concepções de mundo que precisam estar claras para seus idealizadores e executores.

Para Rua (1998), as políticas públicas podem ser divididas em três componentes básicos: a decisão, a implementação e a avaliação. A decisão pode ser caracterizada como um conjunto de intenções sobre determinado problema que podem ser expressas em forma de leis, decretos, resoluções, etc. Para sair do campo das possibilidades para o da realidade concreta, as políticas precisam passar pela fase de implementação e avaliação:

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto às políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto (RUA, 1998, p.13).

Sendo assim, as ações planejadas e executadas pelo Estado não são automaticamente implementadas. Elas são dinâmicas, sofrem reações e contradições e podem gerar resultados diferentes do esperado, principalmente se não houver uma ampla participação da sociedade. Por outro lado, sua implementação pode gerar conflito de interesses e valores entre os atores envolvidos e os seus objetivos. Podem ainda entrar em confronto com forças econômicas e políticas poderosas que vão se opor sistematicamente a qualquer iniciativa que afete seus interesses. No caso específico do consumo de drogas, as políticas nesta área podem afetar os interesses das indústrias de medicamentos, bebidas alcoólicas, cigarros e do narcotráfico (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

As políticas públicas na área social são evocadas a partir da existência de um problema e, para isso, as pessoas precisam se convencer de que algo precisa ser feito e exigir do governo a prioridade para a resolução desse problema. Existem três principais mecanismos de chamar atenção dos gestores e formuladores de políticas públicas para determinada demanda: a) divulgação de indicadores objetivos que demonstrem a dimensão do problema; b) eventos tais como catástrofes, desastres ou repetição contínua de um determinado problema e c) feedback, informações e avaliações que mostram as falhas da política atual ou a inexistência de resultados (SOUZA, 2006).

Além disso, as políticas públicas não devem ser meramente compensatórias, visando suprir carências específicas dos governos. Elas precisam ter uma abrangência mais ampla e buscar a transformação da realidade e o desenvolvimento social para não se tornarem

meramente assistencialistas. Assim sendo, devem sempre nascer de uma demanda da própria sociedade e não somente da vontade dos governantes.

A definição de políticas públicas de Rua (1998) expressa bem esses princípios:

Conjuntos de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos. Essas decisões e ações envolvem a atividade política compreendida como um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e se destinam à solução pacífica de conflitos relacionados com bens públicos (RUA, 1998, p.731).

Nesse sentido, é necessário diferenciar políticas públicas de decisões políticas. Uma política pública envolve mais do que uma decisão política, de um determinado governo, por exemplo, e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Portanto, nem todas as decisões políticas são políticas públicas, mas podem delas fazer parte e estas necessariamente demandam decisões políticas para o seu desenvolvimento. As políticas devem também ser focadas para solucionar problemas políticos e demandas de determinados setores relevantes na sociedade, com a mobilização dos atores sociais e a conscientização da opinião pública. Para tanto, precisam identificar os problemas e demandas, recomendar ações e programas sociais, e, conseqüentemente, avaliar seus resultados, visando à transformação da realidade social da população à qual se destinam.

Dentro de um contexto da multidisciplinaridade das políticas públicas, a Psicologia pode contribuir com o conhecimento científico acumulado sobre a subjetividade dos indivíduos a que elas se destinam. Na perspectiva da psicologia social, que implica considerar características individuais e considerar os aspectos sociais e históricos, as políticas públicas devem:

Ser democráticas, garantir os direitos sociais básicos, promover a cidadania, contar com a participação dos sujeitos a quem se destinam; devem criar condições para experiências de contatos, relações e vivências diversas, mas que suponham um sujeito capaz de atuar na direção de construir novas alternativas de vida, sempre emancipadoras de sua condição individual e social. A realização do indivíduo como sujeito histórico reconhece seu vínculo com a coletividade e seu compromisso com a transformação social. (GONÇALVES, 2010, p. 23).

Dessa forma, o homem é considerado um sujeito ativo, social e histórico, responsável por sua condição individual e coletiva na sociedade que está inserido.

Concepções psicológicas naturalizadas e sem uma perspectiva crítica social e histórica implicam em práticas normativas, reguladoras e que impedem ou dificultam a transformação social. Muitas vezes se perdem em uma interpretação individualizante e abstraem o indivíduo



de seu contexto, terminando por responsabilizá-lo, individualmente, pelo sucesso ou fracasso de suas ações.

Portanto, as contribuições da psicologia social no âmbito das políticas públicas, principalmente para crianças e adolescentes, são no sentido de introduzir a noção da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais, considerar o indivíduo e também o coletivo sem a dicotomia indivíduo/sociedade e também considerar o grupo, as relações e o espaço social em que estão imersos (GONÇALVES, 2010).

As políticas públicas sociais representam na sociedade brasileira contemporânea um espaço de promoção de direitos, na direção da superação das desigualdades sociais. No entanto, é um campo repleto de contradições, expressão da contradição fundamental da sociedade capitalista que é a desigualdade social. A psicologia, ao formular explicações e orientações para a intervenção, deve levar em conta a produção histórica da subjetividade dentro deste contexto (BOCK; GONÇALVES, FURTADO, 2003). A visão que aponta para a historicidade dos fenômenos sociais permite indicar práticas voltadas à emancipação dos indivíduos, para que se reconheçam como sujeitos de direitos e conquistem autonomia, podendo se engajar na luta pelo reconhecimento social como atores e não espectadores das políticas públicas da sociedade.

No tocante à realidade brasileira, as políticas públicas implementadas pelo Estado, principalmente até o período da redemocratização, tinham um caráter autoritário e não nasciam das demandas da sociedade nem as atendiam plenamente.

Eram orientadas pelos princípios da moralização dos indivíduos e manutenção da ordem social, visando proteger a sociedade do perigo potencial de determinados grupos e segmentos da população. No caso das crianças e adolescentes pobres, como descreveremos adiante, o objetivo era proteger a sociedade do potencial perigo representado por esse grupo que era considerado “naturalmente” propenso a “delinquência”. Esse modelo político de Estado estava alinhado a uma visão muito em voga entre os anos 1930 e 1970, que poderia ser classificada como intervencionismo ou keynesianismo.

As teses do britânico John Maynard Keynes (1883-1946) surgiram a partir da Crise de 1929, que decretou a falência do *laissez-faire* em que o livre jogo das forças econômicas se autorregulariam. Keynes preconizava a intervenção do Estado como fundamental para o desenvolvimento econômico (substituição das importações) e social (o bem estar), e afirmava que o funcionamento espontâneo da economia levaria necessariamente ao caos social e

desemprego. O keynesianismo foi o modelo para a implantação do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*).

Tal visão foi predominante até o final dos anos 1970, quando o desencanto com os resultados obtidos e as crises econômicas e fiscais que afetaram muitos países, desembocou num novo paradigma caracterizado como “Estado Mínimo” (SILVA, 1996). Esse modelo, denominado neoliberal, afirmava exatamente o contrário do anterior e levou ao extremo a não intervenção, retomando as teses liberais do livre mercado. Assim, o neoliberalismo passou a ser considerado a única saída possível para as crises econômicas e fiscais que assolavam vários países.

O chamado “Consenso de Washington”, que reuniu os organismos financeiros internacionais em 1989, determinou que esses princípios deveriam ser seguidos por todos os países. Os governos da América Latina, entre eles o Brasil, tiveram que implantar reformas administrativas que reduzissem o poder do Estado por meio das privatizações e desregulamentações, o que acabou se concretizando em um “Estado ausente”, abandonando os setores menos favorecidos da sociedade à sua própria sorte (SILVA, 1996).

Nesse aspecto, a área social responsável pelo atendimento dos mais desfavorecidos e excluídos, e que não detém a força econômica, foi a mais prejudicada. Ambos os posicionamentos, o intervencionismo ou a ausência do Estado, são posturas extremas e não asseguraram o desenvolvimento social sustentável, o que fez os governos de muitos países buscarem alternativas mais equilibradas em modelos intermediários voltados a melhorar a gestão e o controle dos gastos, para que o Estado se torne mais eficiente. Tornou-se consenso entre os especialistas que é preciso estabelecer novas concepções de práticas políticas que tenham como princípio fortalecer as formas democráticas de relacionamento entre Estado e sociedade, criar um corpo técnico e político com nova mentalidade, sintonizados com as modernas tendências de administração e gestão pública e maior autonomia financeira aos municípios, a fim de que os recursos possam ser fiscalizados e melhor aproveitados pela comunidade local (CARVALHO, 2002).

No Brasil, com o advento da democracia e promulgação da Constituição de 1988, tornou-se um desafio transformar essa realidade e tornar essas políticas descentralizadas e democráticas, bem como mais eficazes na solução dos problemas da sociedade. A chamada “Constituição Cidadã” está ainda para ser posta em prática, com a criação de dispositivos legais e institucionais que permitam a plena aplicação de seus princípios. Nesse sentido, no campo das políticas públicas sociais, vivemos a contradição de ter, por um lado, as referências

constitucionais para sua ampliação e para a criação de sistemas de garantias de direitos e, por outro, a carência de decisões políticas para sua efetivação (GONÇALVEZ, 2010).

Como podemos constatar, a elaboração e execução de políticas públicas em qualquer área é extremamente complexa e demanda alto investimento político e grande capacidade de seus gestores para ser executada. No entanto, se forem observados os seus princípios básicos e realizado um planejamento adequado de como está e de onde se quer chegar, é perfeitamente possível a sua aplicabilidade.

No caso do consumo de drogas, a eficácia de políticas públicas tornou-se uma demanda urgente para nossa sociedade. Para compreender o que já existe e apontar as carências, faremos a seguir uma descrição histórico-social da política e legislação brasileira em relação ao fenômeno das drogas e seus princípios norteadores.

## **2.2 Políticas públicas para as drogas no Brasil**

Ao criar o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, dotou a sociedade brasileira dos instrumentos legais de que precisa para vencer a luta contra uma das mais graves ameaças ao desenvolvimento socioeconômico das nações: as drogas. Verdadeiro martírio para os que delas são dependentes, as drogas arruinam o presente e comprometem o futuro de um povo, pela sedução ardilosa com que viciam e matam.

A Política Nacional Antidrogas tem como alguns de seus objetivos:

- educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz da redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.

Em pesquisa sobre a Política Nacional sobre Drogas, o Tribunal de Contas da União (TCU) apontou, em 2012, que o orçamento para o oferecimento de cursos de capacitação não

é suficiente para atender a demanda em relação aos cursos e também em relação ao número de vagas.

A auditoria do Tribunal de Contas da União também realizou uma avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e concluiu que, apesar de o CAPS estar inserido de maneira preponderante na recuperação de usuários de drogas, sua cobertura não se faz suficiente para atender à demanda em todo o País.

Diferentes teorias e abordagens sociológicas e psicológicas estudam o fenômeno das drogas na sociedade. Alguns autores concentram-se nos aspectos do comportamento desviante, fenômeno social e cultural ou aspectos legais. No entanto, não há uma teoria científica única que possa fornecer um embasamento para análise das políticas públicas para esse fenômeno (MORAIS, 2005). Portanto, faremos alguns apontamentos embasados em diferentes autores para compreensão da situação brasileira no tocante à elaboração das políticas e descrição dos aspectos legais mais relevantes.

A doutrina que se debruçou sobre a análise dos princípios norteadores que fundamentaram a política e a legislação brasileira relativas à questão das drogas aponta um consenso sobre o modelo adotado. Há autores que o denominam como “combate às drogas” (BUCHER, 1994), justiça criminal, proibicionismo (ZALUAR, 2004; ESCOHOTADO, 2004), “guerra às drogas” (CARLINI-COTRIM, 1998).

Essa visão parte do princípio de que as drogas precisam ser banidas da face da terra e o seu consumo precisa ter uma repressão implacável (BUCHER, 1994). Parte de um equívoco, por desconsiderar as evidências históricas que apontam que o uso de substâncias psicoativas sempre existiu na história da humanidade e é, portanto, impossível sua eliminação total e definitiva (PASSOS & SOUZA, 2011).

Essa forma de encarar o fenômeno das drogas em nosso país foi fortemente influenciada pelo modelo preconizado internacionalmente pela Organização das Nações Unidas (ONU) sob o comando dos Estados Unidos da América (EUA). Já os países europeus optaram por uma postura mais voltada para a saúde pública, muito embora haja grandes diferenças de abordagem entre eles.

Assim como em outros países, e seguindo os parâmetros sugeridos pela ONU, as políticas públicas predominantes no Brasil em relação às drogas têm tido um caráter coercivo e punitivo e têm como objetivo a repressão total do tráfico e do consumo, priorizando as drogas ilegais. Tal posicionamento é inspirado nos princípios da conhecida “guerra às drogas”

(*war on drugs*), elaborada inicialmente pelos americanos e teve seu ápice na década de 80 (CARLINI-COTRIM, 1998).

No final do século XIX e início do século XX, iniciou-se no Ocidente um ciclo de intolerância às substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, as primeiras leis proibiam o ópio em forma de fumo e, posteriormente, no Estado da Califórnia a cocaína passou a ser proibida, o que se estendeu para todo o país, com o Harrison Act, de 1914. De 1919 a 1933, vigorou o Volstead Act, também conhecido como a “Lei Seca”, que proibiu a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas (ESCOHOTADO, 2004).

A “guerra às drogas” coordenada pelos americanos tem como princípio o combate à produção de substâncias ilícitas, dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, e reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação em fronteiras portos e aeroportos. A estratégia é combater as drogas usando o poder bélico e econômico, principalmente nos países periféricos e principais produtores. A ênfase é enfrentar a demanda a partir da lógica da repressão da droga como produto e não uma atuação que leve em consideração o indivíduo consumidor.

Paradoxalmente, os EUA, que mais intensificaram a repressão e o consumo com gastos bilionários nessa área, têm hoje os maiores índices de consumo de drogas e possuem o maior número de traficantes e usuários encarcerados entre todos os países. De fato, o proibicionismo em relação às drogas teve como consequência uma intensificação sem precedentes do tráfico dessas substâncias e um aumento considerável do poder econômico, social e político dos grupos de narcotraficantes que atuam nacional e internacionalmente (ZALUAR, 2004).

A política repressiva tem como consequência a intensificação da estrutura do crime organizado, que tem na venda desses produtos sua sustentação econômica para comprar armas e corromper as autoridades públicas, gerando violência e aumentando a criminalidade. Essas graves consequências sociais atingem principalmente os bairros mais pobres das grandes cidades, ocupando o espaço propiciado pela ausência do Estado.

Segundo Alba Zaluar,

O tráfico de drogas, organizado internacionalmente, mas localizado nas suas pontas nos bairros pobres das cidades, além de criar centros de conflito sangrento nessas vizinhanças pobres, além de corromper as instituições encarregadas de reprimi-lo, também reforçou a tendência a demonizar o usuário de drogas. Isso, por sua vez, facilitou o isolamento social do usuário e aumentou sua dificuldade de conseguir

tratamento médico para deixar a dependência da droga e se libertar do traficante e do policial corrupto (ZALUAR, 2004, p.74).

Apesar de o tráfico de drogas não ser objeto de nossa exposição no presente trabalho, não deve ser desconsiderado em uma análise mais ampla do fenômeno das drogas. Ele pode tanto explicar comportamentos sociais e a influência econômica, como pode contribuir para a estigmatização dos usuários e dependentes, que muitas vezes são considerados criminosos e causadores de violência. Note-se que as maiores vítimas da criminalidade gerada pelo tráfico são as crianças e adolescentes que estão em condição de vulnerabilidade social, o que favorece seu envolvimento com o tráfico, como forma de sobreviver e buscar ascensão social.

Os adolescentes que se envolvem com o tráfico de drogas buscam nessa atividade reconhecimento social e recursos para suprir suas necessidades de consumo de bens materiais. Há também a falta de perspectiva social para muitos jovens que abandonaram a escola precocemente e passaram por vários projetos sociais e órgãos de controle social, sem que nenhuma instituição conseguisse atendê-los adequadamente e de uma forma protetiva (GRANER-ARAÚJO, 2009).

Já em relação aos atos infracionais cometidos por adolescentes atendidos nas medidas socioeducativas entre os anos de 2003 e 2008 na cidade paulista de Assis, o furto foi a transgressão mais cometida, com 27% dos casos. O furto vem seguido pelo porte e tráfico de drogas, com 16% das ocorrências, sendo ele, muitas vezes, cometido para a compra de drogas. (SANTOS, 2008).

A visão proibicionista e repressiva das políticas antidrogas também influenciaram a forma de atendimento oferecida aos usuários e dependentes químicos, instituindo o paradigma da abstinência, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS & SOUZA, 2011). Assim, a abstinência, desejável em qualquer tratamento de usuários, passou a ser instituída como política de atendimento realizada de forma coerciva e tornando-se como única direção possível no tratamento.

A ineficácia da visão repressiva ao consumo de drogas e suas consequências fez surgir no País uma abordagem alternativa baseada na chamada redução de danos, mudando o foco da esfera moral ou criminal para o da saúde e qualidade de vida, tanto para o tratamento quanto para a prevenção do uso de substâncias. Os princípios da redução de danos influenciaram a forma de encarar o consumo de drogas, a prevenção e também o tratamento (PASSOS & SOUZA, 2011).

A redução de danos tem sua origem na Europa e parte da premissa de que as drogas sempre existiram e sempre vão existir na história da humanidade, sendo impossível eliminá-las definitivamente. Assim, é preciso criar estratégias que visem diminuir seu consumo e evitar as consequências negativas para o indivíduo e o meio social em que ele vive, apelando para a responsabilidade pessoal mais do que para a punição de comportamentos.

A redução de danos, segundo Carlini et al. (2002), focaliza seus esforços na minimização do uso de drogas e dos problemas advindos dessa prática. Também defende o controle à oferta e comercialização de drogas, mas não faz do controle e combate ao tráfico o pilar de suas ações.

Foi o paradigma da redução de danos que tem o foco no usuário, e não só na substância em si, que inspirou a atual política nacional do Ministério da Saúde para a questão das drogas psicoativas, que será descrito mais adiante.

Compreender as políticas públicas relacionadas às drogas no Brasil é uma tarefa complexa, uma vez que não existe uma política centralizada e unificada que se enquadre nos princípios da política pública expostos anteriormente. A primeira tentativa de estabelecer parâmetros e diretrizes nacionais para a questão só aconteceu em 1998, quando o governo federal começou a implantar uma Política Nacional Antidrogas.

Vale dizer que a adoção dessa política faz parte de um concerto mundial. Segundo Souza (2013), no ano de 2000, a obrigação internacional de controlar o uso, o porte e o comércio de drogas ilícitas já alcançava 95% dos Estados-membros da ONU, que se comprometeram por meio de convenções e tratados internacionais, a controlar dentro e fora de suas fronteiras a circulação de tais substâncias, com o objetivo de diluir o uso por suas populações.

Analisaremos a seguir os principais aspectos da Política Nacional Antidrogas e a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde.

### **2.3 Política Nacional sobre Drogas**

Em junho de 1998, a ONU realizou sua XX Assembleia Geral Especial, com a finalidade de discutir os princípios norteadores para a redução da demanda e consumo de drogas no mundo. O Brasil, que na época era governado pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso, sofreu uma forte pressão internacional e aderiu a essa resolução e, a partir de então, tomou medidas para unificar a atuação do Estado nessa área.

Até aquele momento, em termos de política públicas, o governo brasileiro não tinha objetivos claramente definidos nem diretrizes nacionais. Contudo, já em 1998, ocorreu o I Fórum Nacional Antidrogas, quando o governo convocou diferentes setores da sociedade para discutir o assunto e, posteriormente, transformar essas discussões na Política Nacional Antidrogas (MACHADO & MIRANDA, 2007).

O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), que havia sido criado em 1980, no final do período da ditadura militar, foi substituído em 1998 pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). No mesmo ano, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que é diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. O Cofen é presidido pelo Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e possui representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação, das Relações Exteriores, da Previdência e Assistência Social, da Justiça, da Fazenda e da Defesa, além da Senad.

A Senad foi criada para atuar tanto na redução da oferta quanto na redução da demanda de drogas no País. Suas atribuições, descritas por lei, são: coordenar, articular e integrar as atividades relacionadas à redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social dos usuários), secretariar o Conad e gerenciar o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

No tocante à prevenção, repressão e ao tratamento, a Senad teria a função de atuar prioritariamente na prevenção, o Ministério da Saúde no tratamento e o Ministério da Justiça, por meio da Polícia Federal, na repressão. Contudo, todos teriam uma responsabilidade compartilhada em todas essas ações (SENAD, 2008). Na prática, essa articulação de diferentes ministérios para a execução de uma política unificada fica comprometida diante dos impasses políticos institucionais e da carência na determinação de responsabilidades.

Com a publicação do documento intitulado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, como resultado do “I Fórum Nacional Antidrogas”, em meados de 1998, foram delineadas as primeiras diretrizes de uma política nacional e foram instituídas as primeiras normas para instituições de tratamento e assistência a dependentes químicos.

Também houve o reconhecimento dos serviços e centros de estudos e atendimentos na área da dependência e consumo de drogas como centros de referência. Quase todos esses centros funcionam vinculados às universidades públicas, como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de



Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO) da Universidade de Brasília (UnB), o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Somente dois centros foram criados pelo setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco (MACHADO & MIRANDA, 2007). Esses centros adquiriram um papel importante na produção de conhecimento científico sobre as drogas e os usuários, o que ajuda a embasar muitas das ações do poder público nessa área.

Em dezembro de 2001 realizou-se o II Fórum Nacional Antidrogas, que foi responsável pela elaboração da Política Nacional Antidrogas, promulgada por decreto presidencial em 26 de agosto de 2002.

Como resultado do III Fórum Nacional Antidrogas, foi elaborada uma nova legislação. A Lei nº 11.343 foi promulgada em 23 de agosto de 2006, revogando as Leis nº 6.368, de 1976 e nº 10.490, de 2002. A nova lei instituiu o Sistema de Políticas sobre Drogas (SISNAD) e prescreveu medidas para prevenção do uso indevido de drogas, para atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas, além de estabelecer normas para a repressão, a produção e o comércio de drogas ilícitas. Destaca-se como ponto positivo principal a distinção mais clara entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, retratados em capítulos diferentes na lei.

Mesmo não descriminalizando qualquer tipo de drogas e considerando o porte de drogas como crime, a lei estabeleceu que os usuários e dependentes não estarão sujeitos à pena de restrição da liberdade, e, sim, ao cumprimento de medidas sócioeducativas determinadas pelo juiz. Ela aboliu o tratamento compulsório para dependentes de drogas e criou a concessão de benefícios fiscais para iniciativas ligadas a tratamentos, reinserção social de usuários e prevenção ao consumo de drogas (SENAD, 2008). A lei instituiu a prevenção do uso indevido de drogas como a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade, aceitando as estratégias de redução de danos como uma estratégia de prevenção e não um incentivo ao uso e propondo a articulação, por intermédio do Conad, do desenvolvimento de

estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.

A lei enfatizou também o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas e com a produção e o comércio de drogas ilícitas (SENAD, 2008).

Ademais, reconheceu as drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.

Em relação aos programas e projetos a serem implantados, afirmou a necessidade de “pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados” (SENAD, 2008, p.13).

Em relação à forma de encarar os usuários de drogas, mesmo pregando a não discriminação e diferenciação entre consumidor e traficante, permaneceu como pressuposto buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros (SENAD, 2008).

Dessa forma, mesmo determinando a não criminalização dos usuários, atribui a eles a responsabilidade pela existência do crime organizado e do narcotráfico, e não ao fato de essas substâncias serem legalmente proibidas. A situação do usuário, mesmo o que faz uso recreativo de drogas ilícitas, é extremamente desconfortável: por um lado, está vulnerável à ação dos traficantes e, por outro, permanece ameaçado pelo Estado (ESCOHOTADO, 2004).

A nova lei previu o porte de drogas para consumo pessoal e medidas e penas alternativas (art. 28) àquelas da antiga lei de 1976, cuja pena para consumo ou tráfico era a privação de liberdade. No entanto, a determinação de ser a droga para consumo pessoal ou para o tráfico fica nas mãos do policial, que é o agente estatal responsável pela apresentação das provas. O policial é quem lavra o auto e quem pode ou não iniciar o inquérito. Isso significa que a polícia é investida de enorme poder, o que pode explicar o alto nível de corrupção no interior da instituição (ZALUAR, 2000).

Em relação ao consumo de álcool, o Conad instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por representantes dos órgãos públicos, especialistas, legisladores e sociedade civil.

A partir das conclusões do Ceppa, o Governo Federal criou, por decreto presidencial, a Política Nacional Sobre o Álcool (Decreto nº 6.117 de 22/05/2007). Essa política tem como objetivo o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool em todas as suas dimensões e estabelece princípios visando contemplar a intersectorialidade e a integralidade, orientando-se pela perspectiva da redução de danos sociais, à saúde e à vida, bem como às situações de violência e criminalidade associadas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Também foi promulgada em 19 de junho de 2008 a Lei nº 11.705, regulamentando o Código de Trânsito Brasileiro e instituindo a alcoolemia zero ao volante e penas mais duras aos transgressores, para diminuir os acidentes de trânsito causados pelo consumo de bebidas alcoólicas ao volante (SENAD, 2008).

Em maio de 2010, durante a campanha para a eleição presidencial, o Presidente Lula, atendendo a uma forte pressão social e da mídia em relação à “epidemia do crack”, promulgou o Decreto nº 7.179, que apresenta o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e Outras Drogas. O plano tem como objetivo principal atuar na prevenção, no combate ao tráfico de drogas, no tratamento e na reinserção social dos usuários. Após sua edição, foi criado um comitê gestor para orientar as ações e deverão ser oferecidas capacitações para profissionais de saúde que atuem no tratamento de usuários. Existe, também, aumento no número de leitos para internação, a implementação de ações preventivas em âmbito nacional e a intensificação do combate ao tráfico de drogas ilícitas nas regiões de fronteira.

É curioso perceber que as drogas lícitas e ilícitas recebem tratamento bastante desigual da legislação, o que parece ilógico. Afinal, o sujeito que consome bebidas alcoólicas ou cocaína o faz com a mesma finalidade, que é a obtenção de prazer ou alívio do sofrimento. A pessoa não faz uso de drogas numa atitude deliberada de prejudicar a sociedade ou causar o mal a outras pessoas.

Historicamente, a criminalização e o grande investimento na repressão ao comércio e uso de drogas não eliminou e nem diminuiu significativamente a magnitude do problema nas últimas décadas. Isso por si só é um argumento incontestável da ineficácia da forma com que os países encaram o fenômeno, a começar pela legislação brasileira.

O Estado não deve ser omissivo nem intolerante em relação às drogas. Contudo, em vez de desenvolver uma prática de punição, deveria desenvolver uma política de educar. A inoperância do Estado em estabelecer uma política pública eficiente e eficaz na área ajudou a proliferar no País o uso e o comércio de drogas, à custa da degradação da vida de muitos cidadãos, seja devido à dependência, seja devido às consequências do tráfico e da violência a ele associada.

### 3 LEGALIZAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MACONHA NO BRASIL

Delgado (2001) lembra que as drogas já estão na vida da humanidade há milhares de anos. O repórter Ivan Schimidt, em 1983, narrou em seu livro “A Ilusão das Drogas” que há registros das drogas desde os povos pré-astecas que já tinham utilizado substâncias alucinógenas em cultos religiosos, pois acreditavam que utilizando essas substâncias os deuses lhe ofereciam revelações.

Além do uso por conta da religiosidade, também se utilizam as drogas pelo aspecto medicinal, pois algumas propiciam alívios importantes, como o anestesiamento, no caso do ópio e da morfina, reduzindo a sensação de dor. No entanto, como toda descoberta, também existe o lado negativo, que nesse caso foi o uso indiscriminado dessas substâncias. Isso criou o ciclo de dependência psíquica e física, fazendo com que o usuário necessite de doses cada vez mais fortes e provoque, em vários casos, a destruição do seu organismo.

Delgado (2001) afirma que a legalização das drogas não trará uma solução ao problema que vivemos atualmente e pode representar inclusive mais problemas, pois com a circulação livre da maconha existe a tendência de também aumentar o seu consumo. Diz que, nesse caso, o Estado, que tem a responsabilidade de cuidar e proteger, estará indo em direção contrária ao que preconiza a Constituição, pois não estará realizando o bem estar social.

A legalização da maconha, especificamente, foi um dos temas mais debatidos no ano de 2014. E esse debate que a sociedade brasileira começou a fazer ressalta pontos positivos e negativos dessa possibilidade, mas muitos acreditam que o Brasil ainda não está preparado para uma mudança dessa magnitude. Entre os possíveis pontos positivos, listam-se a diminuição do crime organizado, a diminuição de mortes causadas por confrontos entre policiais e traficantes, e o fato de que o Brasil deixaria de importar e passaria a produzir a erva aqui mesmo, gerando provavelmente milhares de empregos diretos e indiretos. Com relação aos pontos negativos, temos a questão dos jovens entre 17 e 20 anos, que são os que mais procuram a droga, muitos deles se tornando viciados e dependentes.

Em outros países, como Portugal, que foi um dos primeiros a adotar a legalização, desde 2001, ninguém pode ser preso por usar drogas, mas também não pode vendê-las. O país teve a ousada política de incluir tratamento e até moradias sociais para os usuários.

No Uruguai, o governo vê a legalização da maconha como forma de combater o narcotráfico e as drogas pesadas. Nos EUA, os estados de Colorado e Washington legalizaram

a maconha e reconheceram-na como possível tratamento de doenças (câncer, epilepsia e glaucoma). Neles, todo paciente precisa de um atestado médico para conseguir obter o documento que permite a compra da maconha. Contudo, aqueles que não têm esse documento conseguem comprar por meio de amigos.

Alves e Garcia (2013) informam os efeitos perversos da proibição das drogas com o intuito de fazer a sociedade pensar se os benefícios da proibição das drogas superam os custos ou os custos superam os benefícios. Entre os efeitos ruins do proibicionismo, segundo os autores acima, temos: a superlotação carcerária, a letalidade da violência urbana, a corrupção policial, as dificuldades no tratamento de consumidores problemáticos e a difusão de doenças infectocontagiosas.

A superlotação carcerária está diretamente ligada à proibição de algumas drogas. Infelizmente nosso país não soube aplicar medidas preventivas eficazes há muitos anos e, como as leis sempre oferecem uma brecha, os traficantes de drogas continuam, mesmo quando estão nos presídios, assustando e trazendo horror à população.

Com relação à letalidade da violência urbana, sabe-se que está ligada diretamente ao tráfico de drogas. Diariamente, nos meios de comunicação, temos notícias sobre os conflitos armados entre traficantes na disputa pelo poder do tráfico, bem como as mortes dos viciados que não pagam suas dívidas com os chefões. A proibição que as leis do País impõem sobre as drogas faz com que haja uma economia clandestina das drogas, o que cria também um forte mercado para o tráfico de armas.

Outro grave problema que existe é a corrupção policial e de autoridades do Poder Judiciário. Muitos agentes públicos estão conectados aos traficantes, seja comprando ou vendendo, seja abrindo brechas para o tráfico tomar conta de determinada localidade. Quando são abordadas as dificuldades no tratamento de consumidores problemáticos, fala-se sobre a falta da procura pelo tratamento em razão da discriminação e forte preconceito que os usuários sofrem.

Diante desses comentários, percebe-se que não houve real benefício à sociedade, nesse meio, durante todas essas décadas de proibição. Nota-se que hoje em dia o acesso às drogas é até mais fácil que alguns anos atrás, e qualquer pessoa pode adquirir, pois o descontrole e o livre comércio são grandes. Um menor de idade, por exemplo, consegue comprar drogas sem empecilho algum em praticamente qualquer cidade do País.

O álcool é a droga com maior potencial para nos ensinar como estabelecer uma verdadeira política de drogas baseada em resultados. Em 1995, a Organização Mundial de Saúde produziu, em parceria com a Universidade de Oxford, o livro “Alcohol Policy and the Public Good”, no qual os maiores especialistas em álcool do mundo se reuniram para propor quais medidas deveriam ser implementadas em todos os países para diminuir o custo social relacionado ao álcool. O princípio básico das políticas sugeridas é que deveríamos diminuir o consumo global de álcool em todos os países. O consumo de álcool de qualquer população segue uma curva normal, formada pelos que bebem e pelos que não bebem. O livro mostra uma parte da população que bebe um pouco, uma grande parte que estaria na média populacional e uma parte de bebedores pesados. Poderíamos pensar inicialmente que deveríamos buscar políticas que diminuíssem o número de bebedores pesados, mantendo a média de ingestão de álcool da população. Essas políticas poderiam, quando muito, produzir um pequeno efeito se implementadas. No entanto, quando as políticas são no sentido de diminuir o consumo global, existe um impacto muito maior no número de bebedores com problemas, pois um número menor de pessoas beberão, um número menor ficará dependente, e, portanto, haverá menor custo social global. Esse efeito tem sido chamado do “paradoxo preventivo”, e mostra que, para diminuirmos substancialmente o número de pessoas dependentes, temos de diminuir o consumo global de toda a população. As evidências desse modelo são muito consistentes e têm sido mostradas em centenas de estudos (LARANJEIRA, 2015).

Portanto, estratégias diferentes deveriam ser usadas para as diferentes drogas, e as evidências apontam que muito pouco benefício poderia ocorrer ao se legalizar as drogas ilegais, pois haveria uma forte tendência no aumento do consumo. Mas uma questão que permanece é se as leis efetivamente influenciam o comportamento de consumo de drogas (LARANJEIRA, 2015).

Enfim, o desafio de uma política de drogas é buscar o balanço certo para cada droga, mas sempre visando à diminuição global do consumo. A melhor atitude social seria de uma tolerância contrariada com as drogas, sem um fervor ideológico, mas com um pragmatismo afiado e persistente. Corremos o risco, no Brasil, de que o debate da legalização de drogas sirva para ocultar as reais questões relacionadas a uma política de drogas racional e balanceada. Podemos ficar anos num debate ideológico improdutivo, no qual as pessoas se colocarão a favor ou contra a legalização de uma droga específica, com grande paixão e pouca informação (LARANJEIRA, 2015).

### 3.1 A racionalidade da legalização de uma droga

Legalizar qualquer droga é tema que provoca intensos debates, pois geralmente envolve pontos positivos e negativos. Observa-se, em nosso meio, que a maioria dos jovens é a favor da descriminalização, mesmo porque é próprio do jovem estar sempre em movimentos revolucionários e libertários. No entanto, pais e educadores ficam sem saber o que fazer, com medo e sem firmeza para agir desde o início. Dessa forma, o campo fica livre para os aproveitadores, que se aproximam dos jovens e cada vez mais impõem suas próprias regras. A população, indefesa, pede então ao governo que adote medidas repressivas.

Laranjeira (2015) comenta que, no caso recente da maconha no Brasil, tem sido comum utilizar-se de uma retórica na qual o uso dessa substância estaria relacionado com a liberdade e os direitos do cidadão em usar qualquer droga e que não seria função do Estado interferir nesse comportamento. Nesse caso, um excesso de controle do Estado iria contra os direitos da pessoa. O cigarro, entretanto, inspira outro tipo de retórica: busca-se estimular uma ação estatal para controlar o abuso das companhias de cigarro. Essa retórica pode mudar de país para país, de acordo com o seu momento histórico. Na Suécia, por exemplo, recentemente tem sido trabalhada a ideia de que a propaganda de cigarros seria uma afronta à liberdade individual. Em tal contexto, deixar crianças e adolescentes serem expostos à propaganda mentirosa do fumo seria uma forma bárbara de primitivismo social.

De um lado do debate estão os que defendem a proibição total do uso de drogas. Eles acreditam ser essa a melhor opção, pois isso não causaria nenhum dano social e, à medida que caminhássemos para a legalização das drogas, o dano social aumentaria. O grande argumento contra este modelo foi a própria lei seca americana que produziu um aumento considerável da violência urbana devido ao crime organizado, gerando alto custo social. No entanto, do ponto de vista do consumo de álcool, a lei foi um sucesso, pois diminuiu consideravelmente o consumo de álcool global. Entretanto, houve um aumento do consumo de álcool de péssima qualidade e um número considerável de pessoas teve problemas sérios de saúde. De qualquer forma, uma simples análise de custo/benefício mostra que essa foi uma experiência que nenhum país ocidental deseja repetir, embora os países islâmicos ainda adotem esse tipo de controle social rígido.

Do outro lado do debate, há as pessoas que defendem a legalização total das drogas. Alegam que a proibição total de uma droga levaria a um grande nível de dano, principalmente pelo crime que estaria associado com o uso ilegal de uma substância, maior corrupção social,



nível mais impuro da droga no mercado negro e maior dificuldade das pessoas em buscarem ajuda quanto a um comportamento ilegal. Argumentam que a proibição total causaria mais dano do que a própria legalização total da droga. A grande fraqueza desse tipo de argumento é que não leva em consideração que a legalização de uma droga produz uma maior oferta desta, e, portanto, exporia um número maior de pessoas ao seu consumo e às suas complicações (LARANJEIRA, 2015).

Se legalizássemos completamente a maconha, uma das possibilidades seria um maior consumo global da droga, e possivelmente um maior consumo na população mais jovem, pois é isso o que ocorre com as drogas lícitas, como o álcool e o cigarro. Portanto, com a legalização, teríamos por um lado talvez um menor número de crimes violentos, mas por outro lado, a população mais jovem teria maiores complicações na escola, e talvez até aumentasse um tipo de criminalidade menos violenta para conseguir um pouco de dinheiro para consumir drogas.

Existe um terceiro modelo intermediário de política que tem recebido grande suporte em termos de pesquisa, especialmente quando se reúnem todas as drogas de abuso, lícitas ou não. Nesse modelo, podemos perceber que a proibição total de uma droga produz dano, e a medida que a droga progride na escala de legalidade, e, portanto, a sua disponibilidade social aumenta, o número de usuários aumenta, elevando também o nível global de dano. As drogas lícitas oferecem as maiores evidências para esse modelo. No caso do álcool, por exemplo, centenas de pesquisas mostraram que, quanto menor o preço e maior a disponibilidade num país, maior é o número de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool. A consequência de adotar esse modelo de política de drogas é que devemos, em primeiro lugar, diminuir o consumo global de todas as drogas. A estratégia para atingirmos essa diminuição é que pode variar de droga para droga e depender do momento histórico que uma sociedade vive (LARANJEIRA, 2015).

Alves e Garcia (2013) informam que legalizar significa controlar com maior eficácia, ou seja, buscar um regime de circulação específico, como é o caso, atualmente, do álcool, do cigarro e dos psicofármacos, que hoje são comercializados sob controle. É óbvio, no entanto, que existem vários problemas relacionados ao álcool, cigarro e psicofármacos. Um grave problema na sociedade, por exemplo, é o alcoolismo, que gera violência em várias circunstâncias, como no trânsito, nas casas, nos bares, nas ruas, etc. Mas não existem mortes causadas pelo desejo de comprar e não ser permitido, pois o produto é legalizado.

Baltieri (2015, p.01) comenta a seguir os principais argumentos para a proibição e para a legalização.

Entre os argumentos para a proibição, temos:

- Usuários de drogas podem causar danos e sofrimentos a si mesmos e a outras pessoas;
- O uso das drogas provoca aumento nos gastos com a saúde pública;
- Os usuários de drogas são menos produtivos e têm maior chance de morte prematura;
- Os usuários de drogas devem ser protegidos contra eles mesmos, na medida em que eles atuam de forma autodestrutiva;
- O consumo de drogas é um comportamento “contagioso”.

Entre os argumentos para a legalização, temos:

- Redução da população carcerária;
- Prevenir muitos crimes relacionados às drogas, tais como roubos, furtos e o próprio tráfico;
- Enfraquecer um dos principais pilares do crime organizado;
- Redirecionar os esforços dos policiais no combate ao crime.

Percebe-se, pois, que legalizar o consumo e o comércio não soluciona os problemas gerados, e deve haver, sim, recursos para continuar a prevenção e o tratamento disponíveis adotados no momento (BALTIERI, 2015).

Diante desse contexto, muitos questionamentos surgem, como: Quais as melhores formas de tratamento para os dependentes, levando em consideração os diferentes tipos de drogas? Há profissionais qualificados suficientes para o tratamento dos dependentes? Há leitos suficientes, vagas e Centros de Atenção Psicossocial para a demanda existente de dependentes químicos? Os pesquisadores brasileiros têm recebido apoio adequado para a realização de pesquisas na área de prevenção e tratamento? Os governos federal e estaduais estão dedicando esforços na melhoria da qualidade de vida da população? Há realmente uma relação tão exclusiva de causalidade entre o uso de substâncias psicoativas e a criminalidade, num país como o Brasil, que possui tantos outros problemas sociais graves, como o alto índice de desemprego, a poluição, a saúde pública precária, a desigualdade econômica, a baixa qualidade da educação, a desigualdade social, o saneamento básico insuficiente, apenas para citar alguns?

Além da proposta de legalização, existem pelo menos mais dois outros projetos de lei sobre o tema, mostrando que se questiona muito a política de repressões que traz poucos resultados satisfatórios à sociedade e também se explicita a questão do uso controlado, mais ligado ao uso medicinal.

### 3.2 Uso medicinal da maconha

A maioria dos que defendem a legalização da maconha fundamentam-se no argumento do seu uso medicinal. No entanto, o Senador Magno Malta (PR-ES) liderou a Comissão de Acompanhamento dos procedimentos referentes à legalização e reclassificação da substância canabidiol como medicamento, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que visava conciliar as necessidades de quem precisa do medicamento, sem legalizar a droga<sup>1</sup>. O trabalho da comissão foi intermediar as tratativas entre a Anvisa e o Ministério da Saúde para regulamentar a importação do canabidiol, derivado da folha da maconha.

Em 14 de janeiro de 2015, a Anvisa liberou o uso do canabidiol, como medicamento. O canabidiol é uma das mais de 400 substâncias encontradas na maconha. Também conhecido como CBD, já estava liberado em vários países da Europa e em boa parte dos Estados Unidos para tratar de convulsões, doenças como esclerose múltipla, Parkinson, e combater sintomas da aids e do câncer. Com a decisão da Anvisa o canabidiol deixa de ser uma substância proibida, passando a ser uma substância de uso controlado. Poderá ser prescrito para o uso terapêutico em doenças como epilepsia de difícil controle ou outros distúrbios neurológicos que provocam constante crises de convulsão. Segundo Jaime Oliveira, presidente da agência, os estudos que comprovam que a substância não causa dependência nem efeitos adversos foram fundamentais para a decisão.

O casal Norberto e Katielle comemorou a decisão. Eles são pais de Anny, de 6 anos, e ganharam na Justiça o direito de importar o canabidiol. A menina desenvolveu a síndrome CDKL5, um problema genético raro que causa epilepsia grave e sem cura. Na luta para diminuir o sofrimento da filha, Katiele encontrou uma substância que podia ajudá-la, o CBD, derivado da maconha. E para amenizar o sofrimento da filha trouxe a substância ilegalmente para o Brasil, pois em 2014 qualquer produto com origem na planta da maconha ainda era proibida. Antes de usar o canabidiol ela sofria de 60 a 80 crises por semana. Com a substância, as crises cessaram. Sua história foi mostrada no documentário “Illegal”, produzido em 2014 pela Revista Superinteressante, dirigido por Rafael Erexim e Tarso Araújo.

A decisão da Anvisa foi acompanhada *in loco* por pais de outras crianças que também precisam da substância, presente na maconha.

---

<sup>1</sup> A liberação do canabidiol para fins terapêuticos começou a ser discutida pela Anvisa no ano passado, após a primeira ordem da Justiça para que a importação do produto fosse autorizada.

Com a reclassificação de substância proibida para substância controlada, a pesquisa e o monitoramento dos pacientes serão facilitados, mas a importação ainda será necessária até que o canabidiol tenha registro no Brasil. Por enquanto, o CBD é a única substância extraída da maconha que está liberada pela Anvisa, todas as outras continuam proibidas.

Evidências científicas mostram que os canabinóides, em especial o canabidiol, podem ajudar no controle do sistema imunológico e fornecer proteção contra infecções virais. Allen (2014) informa que os canabinóides podem ter uma atividade inibidora sobre muitos fungos e bactérias e também sobre vírus, como o da hepatite C ou o vírus do HIV. O autor acrescenta ainda que os canabinóides regulam a resposta imunológica do corpo à infecção de uma maneira que outros medicamentos não conseguem. Além disso, eles retardam o crescimento dos vasos sanguíneos que alimentam os tumores cerebrais.

Porém, Allen (2014) relata que as leis nacionais e estaduais e as restrições à pesquisa que pesam sobre todas as empresas que não sejam farmacêuticas têm representado um grave obstáculo no progresso de investigação sobre as propriedades curativas da maconha.

Também nos EUA houve pressão pública para a aprovação do uso medicinal da maconha. Em resposta à pressão, o órgão responsável pelo controle de medicamentos dos Estados Unidos (The Office of National Drug Control Policy, Washington, DC) patrocinou um estudo realizado pelo Institute of Medicine, que teve como autores o Dr. Stanley J. Watson, o Dr. John A. Benson e a Dra. Janet E. Joy. Esse estudo teve o objetivo de avaliar as evidências científicas dos benefícios e dos riscos do uso da maconha na medicina, determinando o que é verdadeiro e o que é mito ou falso a respeito do efeito terapêutico da maconha. Apoiado em conhecimentos científicos e também populares, foi avalizado por especialistas e publicado em revistas, proporcionando, assim, uma revisão sobre os mecanismos e locais de ação da droga no organismo, sua eficácia e falhas no uso medicinal.

Foram descobertos dois tipos de receptores, que são estruturas que se ligam aos componentes químicos da maconha, permitindo a ação dentro das células, os quais receberam os nomes de CB1 e CB2, localizadas principalmente no cérebro e nas células do sistema imunológico.

Evidências de pesquisas em animais e em pessoas indicam que a maconha pode produzir um efeito analgésico importante. Porém, mais estudos devem ser feitos para estabelecer a magnitude e a duração desse efeito, nas diversas condições clínicas. Os pacientes que poderiam ser beneficiados com o uso dessa droga seriam aqueles em uso de

quimioterapia, em pós-operatório, com trauma raquimedular (lesão da coluna vertebral com acometimento da medula), com neuropatia periférica, em fase pós-infarto cerebral, com aids, ou com qualquer outra condição clínica associada a um quadro importante de dor crônica (JOY; WATSON; BENSON, 2000).

Muitos oncologistas e pacientes defendem o uso da maconha, ou do THC (seu principal componente já estudado) como agente antiemético. Mas, quando comparada com outros agentes, a maconha tem um efeito menor do que as drogas já existentes. Contudo, seus efeitos podem ser aumentados quando associados a outros antieméticos. Dessa maneira, o uso da *cannabis* na quimioterapia pode ser eficiente em pacientes com náuseas e vômitos não controlados com outros medicamentos (JOY; WATSON; BENSON, 2000).

Joy, Watson e Benson (2000) afirmam que os estudos sobre os efeitos da maconha também sugerem que a droga pode ser importante no tratamento da desnutrição e da perda do apetite em pacientes com aids ou câncer. Mas outros medicamentos são mais efetivos do que a maconha, portanto, os autores recomendam pesquisas mais aprofundadas para avaliar a ação da maconha nesses pacientes.

Por afetar o movimento, a maconha também pode ajudar no controle do espasmo muscular (encontrado na esclerose múltipla ou no traumatismo raquimedular), ainda segundo os estudos referidos por Joy, Watson e Benson (2000).

No entanto, as pesquisas que avaliaram essa propriedade da maconha devem ser analisadas com cuidado, uma vez que outros sintomas associados a essas doenças, como a ansiedade, podem aumentar os espasmos e, nesse caso, a maconha poderia ter sua ação diminuindo a ansiedade e não controlando o espasmo propriamente dito. Por isso, os autores Joy, Watson e Benson (2000) acreditam que mais estudos devem ser realizados para se confirmar esse efeito da maconha.

Estudos em animais demonstram que o uso da maconha pode estimular os movimentos em doses baixas e pode inibi-los em doses altas. Essa característica pode ser importante para o desenvolvimento de tratamentos para as desordens motoras na doença de Parkinson. Os autores acreditam que novos estudos devem ser feitos para avaliar a quantidade exata da droga que pode ser eficiente no tratamento dessa condição (JOY; WATSON; BENSON, 2000).

O principal objetivo do tratamento da epilepsia é impedir completamente as crises. Os estudos a esse respeito ainda estão se iniciando, e muitas vezes as crises não foram inibidas

com o uso da maconha, portanto, os autores Joy, Watson e Benson (2000) acreditam que pesquisas com pessoas ainda não devem ser indicadas.

Joy, Watson e Benson (2000) também afirmam que apesar de o glaucoma ser uma das indicações citadas para o uso da maconha, os dados existentes não apoiam essa indicação. A pressão alta intraocular é um dos fatores de risco para o desenvolvimento do glaucoma e a maconha poderia agir diminuindo essa pressão. Mas esse efeito é de curta duração e só é conseguido com altas doses da droga. Como as altas doses provocam muitos efeitos indesejáveis e as medicações já existentes são bastante efetivas e com efeitos colaterais mínimos, ainda não se indica o uso da *cannabis* aos pacientes com essa condição.

Ainda segundo Joy, Watson e Benson (2000), os efeitos adversos da *cannabis* podem ser divididos em duas categorias: os efeitos do hábito de fumar crônico e os efeitos do THC. O fumo crônico da maconha provoca alterações das células do trato respiratório e aumentam a incidência de câncer de pulmão entre os usuários. Os efeitos associados ao longo tempo de exposição ao THC são a dependência dos efeitos psicoativos e a síndrome de abstinência com a cessação do uso. Os sintomas da síndrome de abstinência incluem agitação, insônia, irritabilidade, náusea e câibras.

Há quem sugira que a maconha é uma porta de entrada para outras drogas ilícitas, mas ainda não existem estudos científicos que comprovem essa hipótese. Ademais, cabe ressaltar que drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, são, na verdade, as primeiras drogas geralmente usadas antes da maconha.

### **3.3 Discussão do tema no Parlamento brasileiro**

A Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado Federal ficou encarregada de debater a “Sugestão nº 8/2014, que trata da regulamentação do uso recreativo, medicinal ou industrial da maconha”. A sugestão recebida por meio do Portal e-Cidadania do Senado Federal prevê que seja considerado legal “o cultivo caseiro, o registro de clubes de cultivadores, o licenciamento de estabelecimentos de cultivo e de venda de maconha no atacado e no varejo e a regularização do uso medicinal”.

As sugestões legislativas recebidas no Portal e-Cidadania do Senado Federal são iniciativas da sociedade com apoio de, no mínimo, 20 mil assinaturas, constituindo-se em importantes peças para a atuação parlamentar de todos os Senadores. Cumpridos os critérios de admissibilidade das sugestões recebidas, cabe à Presidência da Comissão de Direitos

Humanos e Legislação Participativa designar um relator da matéria que, neste caso, foi o Senador Cristovam Buarque (PDT-DF).

Considerando-se a relevância do tema sugerido e da controvérsia e polêmica que o assunto provoca, uma série de audiências públicas foi realizada antes da elaboração do relatório final, para que se pudesse ouvir a sociedade, em suas várias manifestações e analisar o tema em seus diversos aspectos (científicos, médicos, jurídicos e internacionais), buscando também perceber como outros países tem lidado com o assunto. As audiências públicas ocorreram nas datas relacionadas abaixo, sendo um tema diferente abordado em cada uma delas.

**1ª audiência**, em 02/06/2014, com o tema “Avaliação internacional e experiências de outros países”. Teve a presença da Senadora Ana Rita e do Senador Cristovam Buarque, além dos seguintes convidados: Márcia Loureiro, Coordenadora Geral de Combate aos Ilícitos Transnacionais do Ministério das Relações Exteriores (MRE); Rafael Franzini Batle, Representante do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC); Julio Heriberto Calzada Mazzei, Secretário-Geral da Secretaria Nacional de Drogas da República Oriental do Uruguai.

A polêmica sobre a definição de regras para o uso recreativo, medicinal e industrial da maconha dividiu opiniões no debate que iniciou o ciclo de audiências públicas sobre o tema. A Presidente da CDH, Senadora Ana Rita (PT-ES), ressaltou que a sugestão foi apoiada por cerca de 20 mil pessoas em apenas nove dias.

O Senador Cristovam Buarque (PDT-DF) esclareceu que o objetivo do debate não era liberar o uso da maconha no Brasil, mas sim de regulamentar seu uso. Defendeu também que o debate sobre a maconha deveria analisar simultaneamente o problema do tráfico de drogas.

Julio Heriberto Calzada Mazzei admitiu que a legalização da maconha pode até aumentar a quantidade de usuários num primeiro momento, mas acredita que a combinação entre uma boa regulamentação e outras políticas públicas pode resultar em fortes mudanças nos padrões de consumo, reduzindo em médio e longo prazo o número de usuários.

Calzada informou também que em seu país, Uruguai, o número de mortes ligadas ao uso e ao comércio da maconha foi reduzido a zero desde que, em maio de 2014, o Presidente José Mujica assinou um decreto para regulamentar o cultivo e a venda da droga.

Luiz Bassuma, ex-deputado federal, ressaltou que, atualmente, toda a população do Uruguai é quase a mesma do número estimado de usuários de drogas no Brasil, cerca de três

milhões. Considera que a facilitação do consumo da droga teria um reflexo direto nas crianças e nos adolescentes, não achando correto regulamentar seu uso em nome de uma guerra contra o narcotráfico.

Marisa Lobo, coordenadora do movimento “Maconha Não”, também destacou sua preocupação com os jovens. Segundo ela, uma pesquisa aponta que 75% da população brasileira é contra a legalização da maconha.

Thiago Caetano Costa, estudante da UnB, foi o único, entre os presentes ao debate, a se pronunciar pela descriminalização da maconha. Para ele, a ilegalidade motiva a curiosidade dos jovens e ajuda a fortalecer o tráfico. Defendeu ainda que usuários possam ter sua produção para consumo próprio, como já acontece no Uruguai.

**2ª audiência**, em 11/08/2014, com o tema “Políticas públicas brasileiras e legislação nacional”. Teve a presença do Senador Cristovam Buarque, além dos seguintes convidados: Nivio Nascimento, Coordenador do Programa do Estado de Direito do UNODC; e Coronel Jorge da Silva, Ex-chefe do Estado Maior da Polícia Militar do Rio de Janeiro.

Nessa audiência, o Senador Cristovam Buarque afirmou: “Eu não tenho uma posição. Não estou convencido de nada”. Para ele, o Brasil está perdendo a guerra contra as drogas, o que mostra que a proibição não está dando certo, da maneira como é feita hoje. Disse ainda: “É preciso que a proibição seja o caminho, mas que seja diferente. Temos que procurar um outro caminho: ou regulamentando, não para permitir o uso, mas para resolver o problema; ou criando novos mecanismos que, sem regulamentar, façam com que a gente consiga ganhar a guerra.”.

Para Nivio Nascimento, representante do Unodc, a educação foi deixada em segundo plano. Segundo Nascimento, não há comprovação de efeitos positivos da regulamentação da maconha, seja no nível de consumo ou na redução da violência.

“Durante muitos anos as políticas de drogas centraram-se na redução da oferta por meio de ações de repressão ao uso, porte e tráfico de entorpecentes. Erros ocorreram, mas também acertos. O fato é que ficou em segundo plano a redução da demanda, que se traduz em ações destinadas à educação, ao tratamento e à reintegração social de usuários e dependentes”, disse Nascimento.

Victor Dittz, que estuda Ciência Política na UnB, disse que a política atual “é ineficaz e que existem inúmeros pontos para refutar qualquer argumento proibicionista, seja a



anticonstitucionalidade da Lei de Drogas, seja o cerceamento de direitos individuais, seja o interesse medicinal”.

Nessa mesma linha, Filipe Marques, também estudante da UnB, pediu mudanças na lei. “Não se trata de legalizar. Já está legalizado. As pessoas consomem independentemente de ser proibido, ou não. Quando se legaliza, dá-se a chance ao Estado de pelo menos acolher essas pessoas [consumidores]”, destacou.

O Senador Cristovam Buarque também leu a carta de Maria Aparecida Carvalho, mãe de Clárian, de 11 anos. Na carta a mãe relata que sua filha foi diagnosticada com Síndrome de Dravet quando ainda era bebê, e descreve a síndrome como sendo “uma forma rara e catastrófica de epilepsia mioclônica na infância, que pode ser fatal, além de gerar atrasos no desenvolvimento cognitivo, distúrbios sensoriais e problemas de equilíbrio”. Maria Aparecida diz também que foi só a partir do uso do CBD, óleo extraído da maconha, que sua filha teve uma melhora considerável e passou a ganhar qualidade de vida.

O Coronel Jorge da Silva, cuja apresentação merece destaque, concordou com o Senador quando disse que embora já tenha sido favorável à prisão de usuários e à proibição total das drogas, os índices de violência demonstram que o atual modelo proibicionista não deu resultados positivos. Também afirmou que “esse modelo, em vez de cumprir a sua finalidade, que é proteger a juventude, massacra a juventude”, ressaltando que as populações mais pobres são as principais vítimas da violência que envolve traficantes e policiais.

**3ª audiência**, em 25/08/2014, com o tema “debate sob a ótica da ciência e da saúde pública”. Teve a presença dos Senadores Cristovam Buarque e Fleury; e do Senador não membro, Antonio Aureliano, além dos seguintes convidados: Renato Malcher Lopes, Neurocientista, Professor Adjunto do Departamento de Ciências Fisiológicas da UnB; Vladimir de Andrade Stempluk, Membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP); Nara Santos, Assessora do UNODC.

Esse debate durou mais de quatro horas, abrindo espaço para a manifestação de cerca de 30 pessoas. Os especialistas defenderam o uso medicinal da maconha e debateram sobre pontos positivos da regularização. Apesar de evidenciar a falta de consenso sobre a liberação da droga, houve um avanço na percepção de que é urgente a liberação da maconha para fins medicinais. Essa tese foi defendida por pais de filhos com recomendação médica para fazerem uso de medicamentos derivados da droga, e também por especialistas e pesquisadores.

Fábio Carvalho (pai de uma criança com problema neurológico), Katiele Fischer (mãe de uma criança com problema neurológico), Júlio Américo Pinto Neto (pai de um rapaz com problema neurológico), Dra. Luciana Nolli (Neuropediatra), Alexandre Thomaz (usuário do canabinóide no tratamento de câncer), Cassiano Teixeira, Adriano Andrade (representante contra as drogas), Dr. Renato Malcher Lopes (Neurocientista), Maria Antônia Goulart (usuária de erva medicinal), Luciana Bezerra Von Szilagy (mãe de um rapaz com problema neurológico) e José Henrique Torres (Juiz do Tribunal de Justiça de São Paulo), falaram sobre a importância do canabidiol para o ser humano.

Os pais que se encontravam na audiência ganharam, por decisão liminar da Justiça, o direito de importar o canabidiol, até então proibido pela Anvisa, dando seus depoimentos de como a substância tem ajudado no tratamento de patologias neurológicas.

Dr. Renato Malcher Lopes, pesquisador e neurobiólogo, apresentou vários estudos que comprovam os efeitos medicinais de elementos presentes na planta e os benefícios no tratamento de sintomas de diversas doenças e síndromes. Segundo o especialista, o tetraidrocanabinol (THC) é anti-inflamatório, analgésico, estimulador e ajuda na redução da pressão intraocular, além de fornecer a substância CBD, que ajuda a combater convulsões e epilepsia. O Dr. Renato Malcher reconheceu que o uso abusivo da maconha traz problemas, mas afirmou que, sendo aplicada com a intenção de melhora em algumas doenças e sendo bem acompanhada, a maconha é bem vinda no meio médico.

O Juiz José Henrique Torres lembrou, na audiência, que o art. 28 da lei de drogas é inconstitucional, enfatizando os sete princípios que são violados. Disse que o artigo criminaliza a conduta de quem adquire, tem depósito, transporta ou traz consigo para consumo pessoal, ou seja: é autolesão. Sendo assim, é evidente que fere o Princípio Constitucional e o Princípio dos Direitos Humanos da Lesividade. Ao legislador é proibido, por esse princípio, criar um tipo penal que acarrete exclusivamente autolesão, e é exatamente esse o teor abstrato desse tipo penal. O crime só pode existir se houver lesão com autoridade, ou seja, se o bem de terceiro for atingido; o que não acontece na criminalização abstrata primária do tipo do art. 28. E não se trata também de prejuízo à saúde pública.

O segundo princípio violado pelo artigo é o Princípio da Igualdade. Os que têm cigarros e adegas são protegidos pelo direito do consumidor, pelo Estado, e os que não têm acabam por ficar criminalizados, e isso não deveria ocorrer. O Estado tem de arrumar soluções e providências, mas nunca no setor de criminalização. Não é possível pensar em criminalização com base em perigo abstrato da conduta.

O terceiro princípio violado é o Princípio da Intimidade da Vida Privada. O Estado não pode estabelecer pelo sistema criminal e pelo sistema penal pautas de comportamento moral e impor condutas morais ao cidadão. Acontece que é inadmissível a intervenção estatal de índole repressiva, de caráter penal, no âmbito das opções individuais.

O quarto princípio violado é o Princípio do Respeito à Diferença e à Dignidade Humana. A criminalização do porte constitui evidentemente uma reprovação, por opção moral, do indivíduo que não segue o padrão imposto pelo Estado. É uma espécie de eliminação social dos desiguais, é um desrespeito às opções pessoais e é uma estigmatização dos diferentes, como, por exemplo, os usuários de algumas drogas.

O quinto princípio violado é o Princípio da Idoneidade. Segundo o juiz, o que está acontecendo é que são gastos milhões do dinheiro público na guerra contra as drogas, encarceram-se milhares de pessoas no País por conta do envolvimento com drogas, e essas atitudes acabam por ser inúteis, porque o consumo continua aumentando. A criminalização viola constitucionalmente esse princípio. Portanto, a criminalização da droga mantém essa criminalização de forma exclusivamente simbólica, e em um Estado de direito democrático que respeita a dignidade da pessoa humana não se deve criminalizar qualquer conduta para fazer crer que, em razão da adoção dessa medida no plano formal legislativo, foi solucionado o problema que se pretendia. Em outros termos, com esse comportamento, o Estado está criminalizando a política social.

O sexto princípio violado é o Princípio da Racionalidade. Isso significa que, no processo de criminalização, devem ser considerados os benefícios e os custos sociais causados pela adoção da medida protecionista. Está evidente que a criminalização tem produzido muito mais danos e morte do que as próprias drogas, pois os níveis de consumo continuam se expandindo, apesar dela. Há elevadíssimo custo humano, acontecem ameaças às instituições democráticas, o aumento do crime organizado ligado ao narcotráfico e ao controle do mercado e território por parte dos grupos criminosos, o crescimento da violência que é causado pela própria criminalização, a infiltração do crime organizado nas instituições democráticas e a corrupção dos funcionários públicos no sistema judiciário, dos governos, no sistema político, e particularmente nas forças policiais encarregadas de manter a lei e a ordem.

O sétimo e último princípio violado é o da Subsidiariedade. A criminalização somente se justifica quando não houver outros meios ou alternativas para o enfrentamento do problema social assim enfrentado, e há alternativas como a regulamentação, o recolhimento, o controle e a assistência. Aliás, a ONU, no seu relatório anual, afirmou que não se deve sacrificar a

saúde pública para preservar a segurança pública, mas sim garantir o acesso universal ao tratamento da toxicodependência como melhores meios para redução do mercado ilegal de drogas. É por isso que Argentina, Uruguai e Portugal estão modificando suas leis e revendo-as com base na Declaração de Antigua, na Guatemala.

Entre os que se posicionam contra, estão o Deputado Osmar Terra (PMDB-RS), que chama de hipócritas as pessoas que procuram tratamento por meio da maconha. Seu Projeto de Lei nº 7.663, de 2010, que já tramitou nas Comissões e está pronta para votação em Plenário, não revoga a legislação atual, mas acrescenta 33 novos dispositivos à Lei de Drogas (Lei 11.343/06), que instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), e à Lei 10.261/01, que trata da proteção e direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais.

Essa proposta, com o espírito das políticas de “guerra às drogas”, segue o caminho oposto ao de abordagens alternativas para a questão, adotadas em países como Portugal e Espanha. Propõe a obrigatoriedade de classificação das drogas, o endurecimento das penas relativas aos crimes envolvendo drogas e a retomada da política de internação compulsória e involuntária como pilar central para o tratamento de dependentes de drogas, reforçando assim as brechas para a expansão do setor privado.

Segundo Adriano Andrade, a legalização trará perdas irreparáveis nos lucros dos que ganham em cima da comercialização de programas, como o anti-cracks. Ele afirmou que a comercialização ilegal da maconha atende a interesses de alguns setores públicos.

Entre as doenças que o medicamento derivado da maconha pode ser útil, estão:

- HIV: doses regulares de THC podem modificar a contagem de células T e diminuir o dano ao tecido imune em primatas infectados;
- Obesidade: a prevalência de obesidade é menor entre consumidores de *cannabis*;
- Cabeça e pescoço: usuários de maconha moderados têm menor risco de câncer de cabeça e pescoço;
- Convulsões: a *cannabis* é um tratamento altamente eficaz para prevenir convulsões crônicas por conta das propriedades anticonvulsivantes de dois agentes químicos da planta;
- Degeneração cerebral: os canabinóides reduzem os efeitos do envelhecimento cerebral;

- Inflamação do cérebro: o THC e CBD são neuroprotetores antioxidantes importantes, iguais aos demais medicamentos, mas sem os efeitos secundários prejudiciais;
- Doença autoimune: o THC pode modificar o DNA para reduzir as reações autoimunes, como a inflamação crônica;
- Câncer: seis canabinóides diferentes combatem o crescimento de células cancerígenas;
- Doença cardíaca: baixas doses de THC podem ajudar a prevenir doenças cardíacas;
- Transtorno de estresse pós-traumático: provoca um desequilíbrio de canabinóides no cérebro, que podem ser reequilibrados com o uso da maconha;
- Osteoartrite: a *cannabis* reduz a dor causada pela osteoartrite e corrige um desequilíbrio de receptores de canabinóides no cérebro;
- Doença de Crohn: High-THC *cannabis* tem a capacidade de colocar a doença de Crohn em remissão, e é um tratamento eficaz, sem os efeitos colaterais negativos dos tratamentos tradicionais de esteróides;
- Diabetes: os diabéticos que usam maconha regularmente têm níveis mais baixos de insulina de jejum;
- Danos cerebrais relacionados com Meth: Delta-9-THC reduz o efeito de neurotoxicidade causado pelo uso prolongado de metanfetamina;
- Alzheimer: a *cannabis* é uma terapia promissora para desfazer seus efeitos degenerativos;
- Depressão: a *cannabis* tem ajudado muito no combate a esse quadro;
- Efeitos colaterais de quimioterapia: a *cannabis* trata os efeitos colaterais como náuseas e perda de apetite, sem inibir a eficácia da quimioterapia na luta contra o câncer;
- Glaucoma: a *cannabis* reduz a pressão intraocular;
- ALS (doença de Lou Gehrig): a *cannabis* pode corrigir desequilíbrios no sistema endocanabinóide que coincidem com a degeneração neurológica;
- Apneia do sono: a *cannabis* estabiliza o sistema nervoso autônomo involuntário durante o sono, reduzindo os distúrbios respiratórios do sono;
- Esclerose múltipla: extrato de *cannabis* pode diminuir a frequência dos espasmos e diminuir a imobilidade causada por essa doença;

- Transtorno bipolar: quem apresenta esse quadro clínico e utiliza a *cannabis* obtém melhor função cognitiva do que aqueles que não a usam.

**4ª audiência**, em 08/09/2014, com o tema “Impactos sobre a violência”. Teve a presença do Senador Cristovam Buarque, além dos seguintes convidados: Daniel Nicory, Defensor Público do Estado da Bahia; Gerivaldo Alves Neiva, Juiz de Direito da Coordenação Estadual da Associação de Juízes para a Democracia da Comissão de Direitos Humanos da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB); Sergio Harfouche, Membro do Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), Promotor de Justiça da Infância e Juventude no Estado do Mato Grosso do Sul e Presidente do Conselho Estadual Antidrogas (CEAD).

Daniel Nicory apresentou dados de pesquisas empíricas realizadas em Salvador, por sua equipe, e em São Paulo, pela USP. "Foram a minha reflexão acadêmica e a minha experiência como defensor criminal, que me levaram à posição que tenho hoje. Sou favorável à regulamentação, num modelo semelhante ao que hoje existe para o tabaco, com proibição da propaganda do produto, do seu consumo em lugares públicos fechados, com campanhas de conscientização quanto aos males e alta taxação", afirmou.

Para ele, é necessária uma distinção básica para que a discussão possa evoluir. Em sua opinião não se pode confundir o usuário da maconha, assim como o usuário de bebidas alcoólicas, o chamado "consumo social", com o uso abusivo de qualquer substância psicoativa. "Esta é uma questão que tem de ficar clara para as pessoas, pois há uma grande confusão quando se generaliza as formas de consumo", disse.

Daniel Nicory enfatizou que a lei que trata da criminalização do porte de droga, atualmente, não abarca toda a complexidade da questão. Na sua avaliação sobre o resultado das pesquisas sobre a população carcerária de Salvador e do Estado de São Paulo, especialmente os presos por tráfico, não resta dúvida de que a atual política é inócua, porque as cadeias estão sendo superpovoadas por jovens que são presos desarmados, com pequenas gramas de maconha, sem antecedentes criminais, condenados por portarem essas quantidades pequenas de drogas e saindo pior do que entraram no sistema penal, gerando um ciclo vicioso.

Também o Juiz Gerivaldo Alves Neiva avalia que a Lei 11.343/2006, que trata da criminalização do porte de droga, é pouco clara sobre a definição do que seria uso pessoal. Com isso, disse Neiva, a questão acaba dependendo da decisão dos próprios juízes. Para o magistrado, a forma repressiva como é encarado o problema das drogas resultou apenas no encarceramento em massa de jovens, pobres, periféricos e excluídos das oportunidades

sociais. A Comissão Global de Políticas sobre Drogas, segundo ele, avalia que os recursos gastos na erradicação da produção, repressão aos traficantes e criminalização dos usuários não foram capazes de reduzir a oferta nem o consumo.

**5ª audiência**, em 22/09/2014, com o tema “Os impactos no Judiciário e no sistema penal”. Teve a presença dos Senadores Cristovam Buarque e Fleury, além dos seguintes convidados: Guilherme Zanina Schelb, Procurador da República; Carlos Maroja, Juiz de Direito; João Batista Damasceno, Juiz da Associação dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro (AMAERJ); Roberto Luiz Corcioli Filho, Conselheiro da Associação de Juízes para a Democracia (AJD); João Marcos Buch, Juiz de Direito; Débora Maria da Silva, Coordenadora do Movimento Mães de Maio; Fábio Gomes de Matos e Souza, Psiquiatra.

Os juízes convidados se manifestaram a favor da regulamentação do uso da maconha por acreditarem que o proibicionismo não apresenta resultados positivos no combate ao tráfico de drogas. Nessa audiência foi unânime, entre os magistrados, a opinião de que a proibição não funciona e que o proibicionismo desconhece a realidade dos usuários no Brasil.

Entre os juízes, Carlos Maroja defendeu que os usuários de drogas não sejam considerados criminosos, mas sim pessoas que precisam de ajuda, e que infelizmente o sistema penitenciário está longe de educar as pessoas para uma vida melhor.

No entanto, o Procurador da República, Guilherme Zanina Schelb, atuando há mais de vinte anos na defesa da infância e juventude contra abusos, exploração sexual e pedofilia, informou que a liberação da maconha teria um impacto negativo na vida de crianças e adolescentes. Segundo o procurador, os usuários poderiam se tornar rebeldes incontroláveis, piorando ainda mais seu ciclo de vida com os pais, professores e orientadores.

Outro que apontou a legalização da maconha como ponto negativo foi o psiquiatra Fábio Gomes de Matos e Souza, que informou os efeitos negativos no cérebro pelo uso da maconha. Além desse fator, o psiquiatra acrescentou que os adolescentes irão ficar mais vulneráveis, pois, se a droga for regulamentada apenas para pessoas acima de 18 anos, os traficantes se voltarão para os jovens de 12 a 17 anos. Outro ponto que o psiquiatra apontou foi a questão da fiscalização do consumo de drogas. Segundo ele, nosso sistema de saúde está falido, porque o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) só atende a partir de 16 anos e o CAPS I (infantil) não atende casos ligados às drogas.

**6ª audiência**, em 13/10/2014, com o tema “Posicionamento dos atores sociais contrários a qualquer liberação”. Teve a presença dos Senadores Cristovam Buarque, Magno

Malta e Fleury, além dos seguintes convidados: Aníbal Gil Lopes, Padre da Arquidiocese do Rio de Janeiro; Dr. Marcos Zaleski, Médico Psiquiatra; Ana Cecília Petta Roselli Marques, Presidenta da Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras Drogas (ABEAD); Alexandre Sampaio Zakir, Delegado de Polícia Corregedor no Estado de São Paulo e Deputado Federal Osmar Terra.

Essa audiência durou mais de sete horas, fechando o ciclo de debates na Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. O Senador Cristovam Buarque apresentou o Estudo nº 765, da Consultoria Legislativa do Senado, acerca da regulamentação dos usos recreativo, medicinal e industrial da maconha. Nele, a Consultoria enumera 11 pontos positivos na regulamentação da maconha, como aumento de receitas tributárias, redução da evasão de divisas e a melhoria da qualidade do produto, entre outros.

Na série de audiências, a CDH ouviu autoridades, lideranças sociais, especialistas e intelectuais do Brasil e do mundo, os quais, em grande maioria, reconheceram a falência da “Guerra às Drogas”, que nunca foi realmente eficaz. Na realidade, essa guerra é contra os menos favorecidos e contra jovens, geralmente negros, cuja maioria pertence à classe baixa.

Nessas audiências, percebeu-se certa urgência na liberação da maconha para fins medicinais, pois seu uso terapêutico tem demonstrado que as propriedades da planta se mostraram eficientes em pacientes que sofrem de condições neurológicas importantes.

Pôde-se notar que o Senador Cristovam Buarque pretendeu priorizar a regulamentação da maconha para uso medicinal. Entretanto, a completa regulação dessa matéria só ocorrerá com esforços em conjunto, com participação da população e de membros ligados a esses setores. Restou pois, claro, que esses debates só foram o início de um processo, visto que o assunto demanda pesquisas, e envolve vários tabus, medos e dúvidas da sociedade.

Orlando Zaccone (2014), delegado da Polícia Civil, comentou que participa de uma associação internacional formada por policiais a favor da legalização da maconha com o intuito de reduzir a violência, em prol da saúde. Segundo o policial, a legalização poderá fazer com que o mercado da substância deixe de ser violento, como é o caso do mercado de fármacos, do tabaco, do álcool, do rivotril, da ritalina, etc., porque são legalizados. De acordo com ele, o que realmente acaba gerando toda a violência conhecida é a proibição.

O desafio do debate das drogas no Brasil é muito maior do que a simples decisão da pertinência ou não de flexibilizar as leis que dizem respeito à maconha, mas sim como fazer um debate bem informado, com dados atuais e produzir uma política de drogas racional,



balanceada, que possa ser regularmente avaliada e aprimorada. A implementação dessa política não ocorrerá espontaneamente, mas com uma ação determinada de governo. Talvez seja inútil esperarmos por uma grande política nacional de drogas. Ações locais de governo poderiam fazer uma grande diferença. Os estados e municípios deveriam envolver-se nessas ações com a ajuda comunitária. A sociedade civil já está bastante mobilizada com o assunto álcool e drogas, e agora é necessário que os governos democraticamente eleitos mostrem sua capacidade de organizar um resposta racional a um problema que afeta milhões de brasileiros, com um custo enorme para o País (LARANJEIRA, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, o grande argumento a favor da legalização das drogas, como o estudo e as pesquisas mostram, é que as proibições não resolvem o problema, pois as pessoas usam drogas mesmo que sejam proibidas. O problema real é que muito mais pessoas morrem com a guerra contra as drogas do que pelo uso em si de tais substâncias. E essa guerra, além de matar famílias inteiras, traficantes e policiais, deixa muitos outros também inválidos, tanto física quanto psicologicamente.

Algumas estratégias de prevenção estão voltadas em especial ao contexto familiar, escolar e comunitário, com disseminação contínua de informações e orientações sobre o uso de drogas. Caso o uso da maconha seja legalizado, é preciso que a sociedade seja bastante esclarecida com antecedência, para que não haja mais conflitos entre as pessoas por conta de tabus que possam persistir.

Com relação ao fator terapêutico do uso da maconha, nota-se que os resultados são promissores, principalmente em relação aos pacientes com problemas neurológicos graves (epilepsia e convulsões). Mas é preciso ainda haver muitos outros debates sobre a legalização da maconha, trazendo questões do Código Penal, principalmente. Isso não significa que, havendo a legalização, o problema criminal estará resolvido; porque esse debate deverá agregar discussões bem mais profundas, inclusive abordando as desigualdades sociais, que levam milhares de pessoas à delinquência.

É importante que sejam produzidas cada vez mais informações vindas de pesquisas sérias, para que não se levem à descriminalização ou legalização sem antes pensar na realidade do meio social em que vivemos e na realidade das famílias que realmente precisam do medicamento.

Percebe-se que o intuito da legalização é reduzir a violência gerada pelo tráfico, bem como facilitar o acesso aos medicamentos feitos com substâncias extraídas da maconha, para os tratamentos aprovados. Mas há uma grande diferença entre legalizar e descriminalizar. Legalizar significa tirar qualquer tipo de sanção em relação a uma droga, e a descriminalização significa não penalizar seu consumo, tirando o usuário da esfera da justiça e da polícia. Por isso, os debates são intensos e ainda não se chegou a um consenso.

Não é fácil falar desse assunto, pois existem argumentos positivos e negativos de todos os lados: na saúde, na segurança, nas leis, nas famílias, etc. Todos têm seus próprios

argumentos. E, aceitando ou não, como ponto negativo principal está a dependência, que pode ocorrer com o uso excessivo da substância, porque, para alguns usuários, quanto maior o acesso, menor o autocontrole.

É preciso saber que, mesmo havendo a legalização da maconha no Brasil, como já acontece em outros países, como Holanda e Uruguai, isso não quer dizer que haverá uma liberação total e indiscriminada para uso por qualquer pessoa. Pelo fato de a maconha ter sido, há muitos anos, proibida por seus efeitos negativos, ela precisa ser muito bem estudada e não pode ser liberada totalmente. Basta lembrar que as drogas lícitas, como o álcool e o cigarro, sofrem limitações na maioria dos países, envolvendo questões como idade, locais e regras de consumo, que deflagram consequências penais quando desrespeitadas.

No Brasil, com relação à maconha, a legislação proíbe punindo com prisão aquele que produz, faz o tráfico, comercializa ou leva consigo qualquer quantidade. Portanto, é preciso rever a questão da legalização como um todo. A questão não é fácil e nossa sociedade tem demonstrado grandes dificuldades em cumprir certas leis, desde as mais simples, como as de trânsito, até as mais complexas. Imaginemos então como seria no caso de drogas. Além disso, tudo indica que nosso país, infelizmente, ainda não está totalmente preparado com recursos técnicos, humanos e financeiros no sentido de ampliar a ação na prevenção e no tratamento dos usuários de drogas de forma eficaz.

Por último, vale dizer que o fato de uma droga ser legalizada, ou não, não a torna menos perigosa ou nociva. Deve-se observar e estudar muito bem os efeitos tóxicos da maconha, por mais que haja polêmica. O importante, enfim, é que a sociedade se mobilize como um todo para reforçar os fatores de proteção à saúde de seus cidadãos e agir, preferencialmente, no sentido de diminuir os fatores de risco para todos.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília: Unesco, Rede Pitágoras, 2005.
- ALLEN, David B., M.D. **CBD Protective Against Ebola Virus**. 2014. Artigo. Disponível em: <http://cannabisdigest.ca/cbd-protective-ebola-virus>. Acesso em 29/12/2014.
- ALVES, Marcelo Mayora; GARCIA, Mariana Dutra de Oliveira. **Os crimes de drogas no anteprojeto de reforma penal e os custos da proibição**. Revista da ESMESC. V. 20, n.26, 2013. Disponível em: <http://www.revista.esmesc.org.br/re/article/download/74/67>. Acesso em: 10/01/2015.
- AMBROSIO, Milca. **O efeito da legalização da maconha na nossa sociedade**. Monografia. Santa Catarian, 2009. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Milca%20Ambrosio.pdf>. Acesso em: 11/01/2015.
- ARAÚJO, Clemenés Prata. Experimentação e uso regular de drogas ilícitas por estudantes no município de Bragança, nordeste do Pará. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Edição Especial. Março/2013 pag.1972-83. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/423/pdf>. Acesso em: 20/12/2014.
- ARRAIS, P. S. D. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. 1997, 31: 71-77.
- AVELINO, V. P. **A Evolução do Consumo de Drogas**. Aspectos históricos, axiológicos e legislativos. Teresina: Jus Navigandi, 2010.
- BALTIERI, Danilo. **Polêmica**: maconha deve ser descriminalizada e legalizada? Disponível em: [http://www2.uol.com.br/vyaestelar/marcha\\_da\\_maconha.htm](http://www2.uol.com.br/vyaestelar/marcha_da_maconha.htm). Acesso em: 07/01/2015.
- BARBOR, T. F.; HIGGLE-BIDDLE, J. C. **Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool**: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAIPAD-SP; 2003.
- BARROS, M. B. A. [et al]. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population based study. **Rev. Saúde Pública**. 2007, 41: 502-9.
- BAUMMAN, M. [et al]. Associations of social and material deprivation with tobacco, alcohol, and psychotropic drug use, and gender: a population based study. **Int. J. Health Geogr**. 2007, 6: 50-7.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BERTOLOTE, J. M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- BOACONHA BRASIL. **22 condições médicas que a maconha ajuda**. Disponível em: <http://www.boaconha.com/index.php/m-informa/m-pesquisas.html>. Acesso em: 10/01/2015.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Drogas, aids e sociedade.** Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRESLAU, N. [et al]. Vulnerability to psychopathology in nicotine dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. **Am. J. Psychiatry.** 1993, 150: 941-6.

BROOK, J. S. [et al]. Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. **Dev. Psychol.** 1986, 22: 403-14.

BUCHER, R. **Drogas o que é preciso saber para prevenir.** São Paulo: Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, 1994.

CALDAS, N. R.. **Avaliação da alexitimia em usuários de drogas: em centro de tratamento na cidade do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ, 1999.

CAMPBELL, B. K.; STARK, M. J. Psychopathology and personality characteristics in different forms of substance abuse. **Int. J. Addict.** 1990; 25:1467-74.

CARLINI-COTRIM, B. **II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus - 1989.** São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 1998.

CARLINI, Elisaldo Araújo [et al]. **Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do Brasil - 2001. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

CARLINI, Elisaldo Araújo [et al]. **Drogas Psicotrópicas: O que são e como agem.** Revista IMESC, São Paulo, n. 3, p. 9-35. outubro/2001.

CARVALHO, A. M. Globalização, Estado e políticas públicas. In: MUNIZ J.N.; GOMES E.C. **Participação social e gestão pública:** as armadilhas da política de descentralização. Belo Horizonte, 2002.

CAULYT, Fernando. **Ao legalizar maconha, Uruguai vai na contramão dos vizinhos e quer ser modelo.** 2013. Disponível em: <http://www.dw.de/ao-legalizar-maconha-uruguai-vai-na-contramão-dos-vizinhos-e-quer-ser-modelo/a-17286536>. Acesso em: 07/01/2015

**Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).** Disponível em: <http://www.unifesp.br>. Acesso em: 15/01/2015.

DALGALARRONDO, P. [et al]. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 2004, 26: 82-90.

DELGADO, Rodrigo Mendes. **A legalização das drogas resolveria o problema?** 2001. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/artigos/exibir/469/A-legalizacao-das-drogas-resolveria-o-problema>. Acesso em: 10/01/2015.

DEMILIO, L. Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. **Am. J. Psychiatry.** 1989, 146:1212-4.

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. **Dependência química.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Does multisite sampling improve de patient heterogeneity in drug misuse research? **Drug Alcohol Depend.** 2001, 63: 79-85.

EDWARDS, G. [et al] **Alcohol Policy and the Public Good.** Oxford: Oxford University Press, 1995.

EMCDDA. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. **Action on news drugs briefing paper: Understanding the Spice phenomenon** (a report from a EMCDDA expert meeting, 6 march 2009, Lisbon). Update version 9 June 2009. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78154EN.html>. Acesso em: 21/02/2015.

ENGS, R. C. [et al]. Influence of religion and culture on drinking behaviors: a test o hypothesis between Canada and USA. **Br. J. Addict.** 1990, 85:1475-82.

ESCOHOTADO, A. **História Elementar das Drogas.** São Paulo: Antígona, 2004.

G1 (Brasil). **Começa consumo recreativo de maconha em dois estados dos EUA.** 2014. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2014/01/comeca-consumo-recreativo-de-maconha-em-dois-estados-dos-eua.html>. Acesso em: 21/11/2014.

G1 (Brasil). **Veja como é a legislação relativa à maconha em outros países.** 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/12/veja-como-e-legislacao-relativa-maconha-em-outros-paises.html>. Acesso em: 21/11/2014.

GONÇALVEZ, M. DA G. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 2010.

GRANER-ARAÚJO, R. C. E. **Quando eu crescer quero ser como ele:** adolescente, o tráfico de drogas e a função paterna. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, Assis, 2009.

GRANT, B. F. [et al]. Cooccurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Arch Gen Psychiatry.** 2004, 61: 361-8.

GROSSOP, M.; MANNING, V.; RRIDGE, G. Current use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among user of crack cocaine e cocaine powder. **Alcohol Alcohol.** 2006. 41: 121-5.

GUL, H. [et al]. Nonprescription medication purchases and the role of pharmacists as healthcare workers in self-medication in Istanbul. **Med. Sci. Monit.** 2007, 13: 9-14.

GUXENS, M. [et al]. Age and sex differences in factors associated with the onset of cannabis use: a cohort study. **Drug Alcohol Depend.** 2007, 88: 234-43.

HELZER, J. E.; PRYZBECK, T. R. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. **J Stud Alcohol.** 1998, 49: 219-24.

HÖFLING, E. M. **O Estado e políticas (públicas) sociais.** Caderno Cedes, ano XXI, n. 55, 2001.

IMSHEALTH. **Intelligence Applied.** 2006. Disponível em: <http://www.imshealth.com>. Acesso em: 21/12/2014.

JAFFE, J. H.; ANTHONY, J. C. **Substance-related disorders:** Introduction and overview. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2005.

JOHNSON, R. J.; KAPLAN, H. B. Stability of psychological symptoms: drug use consequences and intervening processes. **J Health Soc Behav.** 1990, 31: 277-91.

JOY, J. E; WATSON, S. J; BENSON, J. A. Marijuana and medicine: assessing the science base: a summary of the 1999 Institute of Medicine Report. **Archives of General Psychiatry,** 57,547-552, Washington, DC: National Academy Press, 2000.

JUSTESEN, M. **Living on the edge:** risk, protection, behavior, and outcomes of Argentine Youth. The World Bank Latin America and the Caribbean Region Social Development Family, Policy Research Working Paper. Report No 4485, 2008.

KANDEL, D. B. [et al]. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. **J Abnorm Child Psychiatry.** 1997, 25:121-32.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Legalização de drogas no Brasil:** Em busca da racionalidade perdida. Artigo. Disponível em: <http://www.sobresites.com/dependencia/pdf/LegalizacaoXRa cionalidade.pdf>. Acesso em: 05/01/2015.

LIMA, M. S. [et al]. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. **Subst Use Misuse.** 2003. 38: 51-65.

LOPES, C. S.; SICHIERI, R. A case control study on alcohol and psychiatric disorders as risk factors for drug abuse pattern. **Cad. Saúde Pública.** 2002, 18: 1571-5.

MACHADO, A. M.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Rev. História, Ciências Saúde.** n. 3, v. 14, p.801-821, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho. [et al]. **Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes:** análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Monografia. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v14s1/a14v14s1>. Acesso em: 07/01/2015.

- MARLATT, G. A. [et al]. Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a 2-years follow-up assessment. **J Consult Clin Psychol.** 1998, 66: 604-615.
- MEHRABIAN, A. General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology. **J Psychol.** 2001, 135:71-86.
- MELTZER, H. [et al]. **The Social and Economic Circumstances of Adults with Mental Disorders.** London: HMSO, 2002.
- MENEZES, P. M.; RATTO, L. R. C. Prevalence of substance misuse among individual with severe mental illness in São Paulo. **Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol.** 2004, 39: 212-7.
- MEZZICH, A. Subtypes of early age onset alcoholism. **Alcohol Clin Exp Res.** 1993, 17:767-70.
- MORAIS, P. C. C. **Drogas e políticas públicas.** Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2005.
- NIAAA. National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. Underage drinking: a major public health challenge. **Alcohol Alert.** 2003, 59:1-4.
- NIDA. National Institute on Drug Abuse. Epidemiologic trends in drug abuse: highlights and executive summary. **Proceedings of the Community Epidemiology Work Group 1.** 2006.
- NDM. Netherlands National Drug Monitor. **NDM annual report 2006.** Trimbosinstituut: Utrecht, 2007.
- NUTBEAM, D. **Health promotion glossary.** Health Promotion International. 1998.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre: Artmed, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Alcohol Policy and the Public Good.** Oxford: OMS, Oxford University Press, 1995.
- \_\_\_\_\_. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental:** nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia e Sociedade.** n. 23, v. 1, p. 154-162, 2011.
- PIEDRA, K. A. C. Uso de drogas e comportamentos de risco no contexto de uma comunidade universitária. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2005. 13 (número especial). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 28/12/2014.
- ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol. Serv. Saúde.** 2004, 13: 115-23.



RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude nos anos 90. In: BRASIL. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Ministério do Planejamento e Orçamento. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). Brasília: CNPD, 1998.

SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians**. Md: US Dept of Health and Human Services. DHHS publication SMA 97-3139. Treatment Improvement Protocol Series, No. 24, 1997.

\_\_\_\_\_. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Results from the 2005 national survey on drug use and health: national findings**. Office of Applied Studies. Reported. 2006.

SANTOS, J. R. O. **Adolescentes em conflito com a lei na cidade de Assis/SP**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, Assis, 2008.

SCHMIDT, Ivan. **A ilusão das drogas** – Santo André/SP: Casa Publicadora Brasileira, 1983.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre drogas**. Brasília: Presidência da República, SENAD, 2008.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas**. 6. ed. Brasília: SENAD, 2014.

SENGIK, Aline Sberse; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. **Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares**. Monografia. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142008000100009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142008000100009&script=sci_arttext). Acesso em: 15/01/2015.

SILVA, A. S.; DEUS, A. A. **Comportamentos de Consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes**: estudo comparativo. Revista Análise Psicológica, 23(2), 151-170, 2005.

SILVA, C. A. **A ideologia da incompetência do outro e outras ideologias de conveniências na relação neoliberalismo e educação**. In: SILVA, C. A. [et al]. *Infância, educação e neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1996, p. 74-93.

SILVA, Paulo Marcio Roseno da. **Uso de drogas ilícitas e de medicamentos psicotrópicos sem prescrição**: um inquérito epidemiológico transversal em amostra populacional da Região Metropolitana de São Paulo. Monografia. 2008. Disponível em: [http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106079/silva\\_pmr\\_me\\_botfm.pdf?sequence=1](http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106079/silva_pmr_me_botfm.pdf?sequence=1). Acesso em: 17/01/2015.

SILVEIRA, Camila Magalhães [et al]. **Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil**: Uma revisão sistemática da literatura. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 35. 02/2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700008&script=sci_arttext). Acesso em: 19/01/2015

SIMEONE, R.; HOLLAND, L. **An evaluation of prescription drug monitoring programs**. Columbia: Project sponsored by the United States Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Assistance, 2006.

SOUZA, Ana Clara Telles Cavalcante de. **O uso de drogas como questão social: uma análise da política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio de Janeiro.** 2013. Monografia. Disponível em: [https://www.academia.edu/7222606/O\\_uso\\_de\\_drogas\\_como\\_questao\\_social\\_uma\\_analise\\_d\\_a\\_politica\\_de\\_acolhimento\\_compulsorio\\_de\\_crianças\\_e\\_adolescentes\\_usuários\\_de\\_drogas\\_na\\_cidade\\_do\\_Rio\\_de\\_Janeiro](https://www.academia.edu/7222606/O_uso_de_drogas_como_questao_social_uma_analise_d_a_politica_de_acolhimento_compulsorio_de_crianças_e_adolescentes_usuários_de_drogas_na_cidade_do_Rio_de_Janeiro). Acesso em: 13/01/2015.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura.** Sociologias, n.16, p.1-18, 2006.

STEPHENS, R. S. [et al]. Adult marijuana users seeking treatment. **J Consult Clin Psychol.** 1993, 61:1100-4.

SULLIVAN, M. D. [et al]. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use. **Arch Intern Med.** 2006, 166: 2087-93.

SWIFT, W. [et al]. The prevalence of minor psychopathology in opioid users seeking treatment. **Br J Addict.** 1990, 85: 629-34.

TAYLOR, F. [et al]. **Alcohol, gender, culture and harms in the Americas PAHO multicentric study final report.** Washington: Pan American Health Organization, 2007.

UNODC. United Nations Office On Drugs And Crime. **Bulletin on narcotics.** Volume LIV, Nº.1 and 2; 2002. Disponível em: <http://www.unodc.org>. Acesso em: 15/01/2015.

UNODCCP. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. **Global illicit drug trends.** 2001. Disponível em: <http://www.undcp.org>. Acesso em: 20/01/2015.

WECHSLER, H. [et al]. Health and behavioral consequences of binge drinking in college. **J American Medical Ass.** 1994, 272: 1672-7.

WHITMORE, E. A. [et al]. Influences on adolescent substance dependence: conduct disorder, depression, attention deficit hyperactivity disorder, and gender. **Drug Alcohol Depend.** 1997, 47: 87-97.

WILSNACK, R. W. **Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns.** Addiction, 2000.

WITTCHEN, H. U. [et al]. Reliability and procedural validity of UM-CIDI DSM-III-R phobic disorders. **Psychol Med.** 1996, 26:1169-77.

WOODAK, A. **Redução de danos e programas de trocas de seringas.** In: BASTOS, F.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. Troca de seringas: drogas e Aids, ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde 1998.

YUNES, Rosendo A.; PEDROSA, Rozangela Curi; FILHO, Valdir Cechinel. **Fármacos e fitoterápicos: A necessidade do desenvolvimento da indústria de fitoterápicos e fitofármacos no Brasil.** **Química Nova,** São Paulo, v. 24, n. 1, p. 147-152. fevereiro/2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v24n1/4464.pdf>. Acesso em: 30/01/2015.

ZACCONE, Orlando. **A guerra às drogas**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GBzHf9-FWXw>. Acesso em: 21/12/2014.

ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

\_\_\_\_\_. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: ACSELRAD, G. (Org.) **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ZILBERMAN, M. [et al]. Gender similarities and differences: the prevalence and course of alcohol and other substance-related disorders. **J Addictive Dis**. 2003, 22: 61-74.