

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Instituto de Filosofia, Sociologia e Política**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciência Política**



**Dissertação de Mestrado**

**PROIBICIONISMO E ANTIPROIBICIONISMO:**  
**ESTUDO DE CASO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL (1998-2006)**

**Bruna Damasceno Mota Uchoa**

Pelotas

2021

**BRUNA DAMASCENO MOTA UCHOA**

**PROIBICIONISMO E ANTIPROIBICIONISMO:  
ESTUDO DE CASO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL (1998-2006)**

Dissertação de Mestrado a ser avaliada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Pelotas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Etiene Villela Marroni  
Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone da Silva  
Ribeiro Gomes  
Linha de Pesquisa: Dinâmicas Políticas e  
Conflitos Sociais

Pelotas,

2021

## **Agradecimentos**

Não foi fácil a caminhada até aqui, desde o momento em que fui aprovada no Programa de Pós-Graduação em Ciência Política até esta reta final muitas coisas mudaram, por diversas vezes pensei em desistir. Parte do meu mestrado se deu em um cenário pandêmico em que muitas vidas foram perdidas, tivemos que nos adaptar a uma nova forma de viver, além de enfrentarmos um cenário político extremamente complicado.

Chegar até aqui não foi nada fácil, mas devido ao apoio de diferentes pessoas, eu consegui. Por isso quero dedicar esse trabalho a minha família, principalmente a minha mãe, irmã e tia Marli, por todo apoio que me deram durante esta jornada.

Quero agradecer ao meu companheiro, Camilo, por nunca me deixar desistir e por todas as palavras de apoio.

Agradecer a todos os professores que tive contato durante o mestrado e que contribuíram para a minha formação acadêmica, em especial a minha orientadora Etiene Villela Marroni e co-orientadora Simone da Silva Ribeiro Gomes. Ser professor (a) é uma das profissões que mais admiro. Aqueles/as que a exercem com dedicação e amor, podem revolucionar a forma como o mundo é visto, assim como, a vida dos alunos.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

U17p Uchoa, Bruna Damasceno Mota

Proibicionismo e antiproibicionismo: estudo de caso da política de drogas no Brasil (1998-2006) / Bruna Damasceno Mota Uchoa; Etiene Villela Marroni, orientadora; Simone da Silva Ribeiro Gomes, coorientadora. – Pelotas, 2021.

121 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Política de drogas. 2. Saúde pública. 3. Proibicionismo. 4. Segurança pública. 5. Antiproibicionismo. I. Marroni, Etiene Villela, orient. II. Gomes, Simone da Silva Ribeiro, coorient. III. Título.

CDD: 320.6

BRUNA DAMASCENO MOTA UCHOA

**PROIBICIONISMO E ANTIPROIBICIONISMO:**  
ESTUDO DE CASO DA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL (1998-2006)

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestra em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Filosofia, Sociologia e Política, da Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 16/12/2021

Banca examinadora:

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Etiene Villela Marroni, do PPGCPol da UFPel (orientora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone da Silva Ribeiro Gomes, do PPGS da UFPel (co-orientadora)

---

Prof. Dr. Eduardo Heleno de Jesus Santos, do PPGEST da UFF

---

Prof. Dr. Alvaro Barreto do PPGCPol, da UFPel

---

*Nada é mais destrutivo para a reputação de um governo e para as leis de um país do que aprovar leis que não podem ser aplicadas. Não é nenhum segredo que o perigoso aumento da criminalidade neste país está intimamente relacionado com isto.  
(Albert Einstein, sobre a Lei Seca).*

## Resumo

UCHOA, Bruna Damasceno Mota. **Proibicionismo e antiproibicionismo: estudo de caso da Política de Drogas no Brasil (1998-2006).** Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Instituto de Filosofia, Sociologia e Política. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2021.

A abordagem proibicionista formou a base das legislações nacionais, convenções internacionais e na própria concepção contemporânea sobre o que são as drogas boas e ruins. Compreende-se também que nos últimos anos a abordagem antiproibicionista vem influenciando políticas públicas ao redor do mundo. Sendo assim, a pergunta que permeia este estudo é: como se apresentou o proibicionismo e o antiproibicionismo na política de drogas no Brasil, durante o período compreendido entre os anos de 1998 a 2006? Para respondê-la foi feita uma pesquisa exploratória com a utilização do método do estudo de caso. Foram utilizadas as abordagens proibicionista e antiproibicionista com suas teorias auxiliares buscando entender o tratamento dado ao tema nas áreas de saúde pública e segurança pública, sendo que historicamente as ações desenvolvidas são voltadas para este campo. Chegou-se à conclusão de que no período analisado houve dois grandes momentos, o primeiro de 1998 até 2002 onde a abordagem proibicionista influenciou sobremaneira a política de drogas, assim a maior parte dos esforços do Estado eram direcionados para ações voltadas para a repressão ao tráfico e prisões no campo da segurança pública e tratamentos na saúde pública direcionados para internações e abstinência, a grande solução neste momento era a eliminação das chamadas drogas ilícitas. Já na segunda conjuntura, que foi de 2003 a 2006 houve o início da influência da abordagem antiproibicionista principalmente no que diz respeito as atividades voltadas a saúde pública, como a descriminalização do consumo e regulamentação da Redução de Danos, que entende que o papel do Estado não é o definir dos hábitos de sua população e sim oferecer os serviços necessários.

**Palavras-chave:** Política de Drogas; Proibicionismo; Antiproibicionismo; Saúde Pública; Segurança Pública.

## Abstract

UCHOA, Bruna Damasceno Mota. **Prohibitionism and anti-prohibitionism: a case study of Drug Policy in Brazil (1998-2006)**. Dissertation (Masters in Political Science) – Institute of Philosophy, Sociology and Politics. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2021.

The prohibitionist approach formed the basis of national legislation, international conventions and the contemporary conception of which drugs are good and bad. It is also understood that, in recent years, the anti-prohibitionist approach has influenced public policies around the world. Therefore, the question that permeates this study is: how did prohibitionism and anti-prohibitionism appear in drug policy in Brazil, during the period between 1998 and 2006? To answer it, exploratory research was carried out using the case study method. The prohibitionist and anti-prohibitionist approaches were used with their auxiliary theories, seeking to understand the treatment given to the theme in the areas of public health and public safety, and historically the developed actions are focused on this field. It was concluded that in the period analyzed there were two big moments, the first from 1998 to 2002 where the prohibitionist approach greatly influenced drug policy, so that most of the State's efforts were directed towards actions aimed at repressing drug trafficking and prisons in public safety and treatments in public health aimed at hospitalization and abstinence, the great solution at this time was the elimination of so-called illicit drugs. In a second moment, which was from 2003 to 2006, there was the beginning of the influence of the anti-prohibitionist approach, mainly with regard to activities aimed at public health, such as the decriminalization of drug use and regulation of Harm Reduction, which understands that the role of the State is not about defining the habits of its population, but about offering the necessary services.

**Keywords:** Drug Policy; Prohibitionism; Anti-prohibitionism; Public Health; Public Security.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Metodologia de pesquisa .....	18
<b>Figura 2</b>	Autores, teorias e conceitos da abordagem proibicionista e antiproibicionista .....	19
<b>Figura 3</b>	Teorias e conceitos auxiliares.....	20
<b>Figura 4</b>	Convenções Internacionais sobre drogas.....	63
<b>Figura 5</b>	Decretos, leis e órgãos sobre drogas no Brasil até FHC .....	64
<b>Figura 6</b>	Sistema Nacional Antidrogas .....	70
<b>Figura 7</b>	Política Nacional Antidrogas .....	81
<b>Figura 8</b>	Mudanças nas diretrizes ocorridas da Política Nacional Antidrogas de 2002 para a Política Nacional sobre Drogas de 2005.....	93
<b>Figura 9</b>	Sistematização das leis, decretos e políticas de drogas analisadas .....	100

## Lista de Abreviaturas e Siglas

<b>CNFE</b>	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
<b>COFEN</b>	Conselho Nacional de Entorpecentes
<b>CIDH</b>	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
<b>CONAD</b>	Conselho Nacional Antidrogas
<b>COAF</b>	Conselho de Controle de Atividades Financeiras
<b>COMAD</b>	Conselhos Municipais Antidrogas
<b>CAPSad</b>	Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
<b>CV</b>	Comando Vermelho
<b>DEA</b>	<i>Drug Enforcement Administration</i>
<b>DPF</b>	Departamento da Polícia Federal
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>FUNAD</b>	Fundo Nacional Antidrogas
<b>FUNCAB</b>	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso
<b>JIFE</b>	Junta Internacional de Entorpecentes
<b>INCB</b>	<i>International Narcotics Control Body</i>
<b>Lula</b>	Luiz Inácio Lula da Silva
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>OBID</b>	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
<b>PBPD</b>	Plataforma Brasileira de Política de Drogas
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PCC</b>	Primeiro Comando da Capital
<b>PNAD</b>	Política Nacional Antidrogas
<b>PNAD</b>	Política Pública sobre Drogas
<b>RD</b>	Redução de Danos
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>SISNAD</b>	Sistema Nacional Antidrogas
<b>SISNAD</b>	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social

**UNGASS** Reunião Especial da Assembleia Geral da ONU  
**UNODC** Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime  
**UDI** Usuário de Droga Injetável

## SUMÁRIO

<b>1- Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>2- Metodologia: a construção de uma pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>3- Perspectiva Teórica-Conceitual para o Entendimento da Política de Drogas no Brasil .....</b>	<b>23</b>
3.1- Intervenção no tema das drogas: abordagem proibicionista.....	23
3.1.1- Institucionalização do proibicionismo: Narcoanálise .....	34
3.1.2- A securitização das drogas ilícitas .....	39
3.2- A abordagem antiproibicionista .....	41
3.2.1- O antiproibicionismo na saúde pública: redução de danos.....	44
3.2.2- O antiproibicionismo na segurança pública: segurança cidadã .....	47
<b>4- Estudo de Caso sobre a Política de Drogas no Brasil .....</b>	<b>54</b>
4.1- A ação do Estado brasileiro no decorrer da história rrente ao tema das drogas .....	54
4.2- A política de drogas no Brasil de 1998 à 2006 .....	66
<b>Considerações Finais.....</b>	<b>103</b>
<b>Referências .....</b>	<b>108</b>

## 1- Introdução

O estudo da temática sobre drogas ilícitas é essencial para que se entenda o papel e intervenção do Estado, através de políticas públicas. A ingerência estatal neste assunto teve início no século XIX e, desde então, vem sendo tratada por vezes, como uma questão de segurança, outras como saúde pública.

A formulação de políticas públicas sobre drogas ilícitas, ao redor do mundo, esteve ancorada sob três abordagens: proibicionista, antiproibicionista e o que Fiore (2012) chama de uma modernização do proibicionismo (uma mescla das duas abordagens anteriores). A abordagem proibicionista aponta para a proibição total de determinadas drogas psicotrópicas e a consequente criminalização tanto de quem consome quanto de quem vende, enquadrando o tema como uma questão majoritariamente de segurança. O antiproibicionismo, por sua vez, tende a focar na descriminalização e legalização das drogas, ressaltando o papel do Estado como regulador, tendo como foco principalmente a saúde pública, como defende a Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD). E por fim, as políticas públicas que misturam as duas abordagens anteriores são sustentadas pela modernização do proibicionismo que promete “guerra contra o tráfico e tratamento para o viciado” (FIORE, 2012, p.16).

O aparecimento do tema na legislação brasileira surge em 1603, ganhando relevância no século XX e XXI, sendo influenciado pela tendência internacional de guerra às drogas, bem como seu crescente papel no tráfico internacional. Ressalta-se, os diversos fatores internos, dentre eles, políticos, econômicos, moral-religioso, médico-farmacêuticos, interesses políticos e econômicos, assim como a própria questão cultural milenar da utilização de determinadas drogas.

A partir do século XXI destaca-se a legislação interna brasileira sobre drogas sendo o momento em que, pela primeira vez, instaurou-se um documento com a síntese da política de drogas, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2002)<sup>1</sup>, além da constituição do Sistema

---

<sup>1</sup> Passado o período de seu amente em seus posicionamentos na Fundação Fernando Henrique Cardoso. Disponível em: <<https://fundacs.gov.br/>>. Acesso em: 29 de

Nacional Antidrogas (SISNAD), na qual foram traçados objetivos e diretrizes, até então inexistentes. Logo após o período FHC, ocorreram mudanças nessa política durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), sendo instituída no ano de 2005, a Política Nacional sobre Drogas e em 2006 o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

Entende-se, neste estudo, que o paradigma proibicionista, “clássico” ou o contemporâneo, formaram a base da formulação de legislações nacionais, convenções internacionais e na própria concepção contemporânea sobre o que são as drogas boas e ruins. Compreende-se também que, nos últimos anos e de forma gradativa a abordagem antiproibicionista vem influenciando políticas públicas ao redor do mundo. Assim, nessa pesquisa busca-se responder o seguinte problema: como se apresentou o proibicionismo e o antiproibicionismo na política de drogas no Brasil, durante o período compreendido entre os anos de 1998 a 2006?

Reitera-se que o espaço-tempo da pesquisa se refere aos anos compreendidos entre 1998 e 2006, representando o início e evolução de dois marcos significativos no estudo da temática e questão: 1998, ano de criação do Sistema Nacional Antidrogas e, 2006, ano de criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

Neste contexto, apresenta-se como primeira hipótese o fato de que a abordagem proibicionista esteve presente na base da política de drogas do país no período analisado. Acredita-se que a apresentação do proibicionismo se deu por meio da proibição sem embasamento científico de determinadas drogas e a conseqüente criação de um aparato que visa a repressão e combate ao tráfico de drogas, no campo da segurança e a criação de tratamento focados na abstinência e internação de usuários no campo da saúde pública.

A segunda hipótese é de que a abordagem antiproibicionista começa a aparecer no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas por apresentar, em seu conteúdo, atenção maior ao tratamento do usuário dentro do campo da saúde pública. Entende-se que houve um momento de reflexão durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, devido a ampliação das

discussões em âmbito interno com profissionais e pesquisadores que lidam com a temática e pelo fato de que no âmbito internacional o antiproibicionismo vem tomando espaço.

A justificativa para a escolha do tema compreende que o estudo da política de drogas (em um país como o Brasil, considerado um dos principais atores no cenário do tráfico de drogas internacional)<sup>2</sup>, pode auxiliar na compreensão de alguns dos seus pontos que são falhos e que contribuem para que o país tenha o peso que tem hoje na atividade do narcotráfico. Ademais, as duas abordagens escolhidas (proibicionista e antiproibicionista) são significativas, no contexto em que grande parte dos estudos desenvolvidos na área possui abordagem proibicionista.

Assim o objetivo geral é identificar a abordagem proibicionista e antiproibicionista na política de drogas desenvolvida durante os anos de 1998 e 2006 no Brasil.

Como objetivos específicos:

- 1) Conceituar as abordagens proibicionista e antiproibicionista, bem como teorias auxiliares;
- 2) apresentar a formulação do Regime Internacional de Drogas;
- 3) compreender a legislação brasileira sobre drogas até 1998 (início do estudo de caso);
- 4) realizar um estudo de caso da política de drogas do Brasil de 1998 a 2006.

Para a realização desta pesquisa foram utilizados autores e teorias auxiliares para explicar a abordagem proibicionista: Teoria da Securitização da Escola de Copenhague, aplicada nesta pesquisa para que se entenda como acontece o processo de securitização do tema das drogas; Teoria da Narcoanálise de Thiago Rodrigues e Beatriz Labate, que esclarece quais fatores influenciam na formulação de uma política de drogas. Na abordagem antiproibicionista, estudar-se-á o conceito de Segurança Cidadã, através de uma perspectiva de segurança focada no cidadão e não a tradicional focada na

---

<sup>2</sup> Conforme relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2018), o Estado brasileiro foi o segundo país mais citado como fonte de 16% da cocaína que é apreendida na Europa, logo após a Colômbia, com 20%. Também é o único país apontado nas apreensões desta droga na África e o mais referido nas apreensões no Oriente Médio e na Ásia.

preservação do *status quo* do Estado; e o conceito de redução de danos que visa não a proibição do uso de drogas e sim a diminuição dos riscos destas causados a saúde dos usuários.

Foi utilizado para desenvolver esta pesquisa o método de abordagem exploratório e o método de procedimento do estudo de caso, sendo que se pretende analisar em profundidade o tema escolhido (YIN, 2001).

Essa dissertação está estruturada em 5 capítulos, além da introdução e conclusão. No capítulo 2 é elucidada a metodologia, base e caminho para a pesquisa; o capítulo 3 compreende o marco teórico e conceitual, abordando o proibicionismo e o antiproibicionismo, bem como teorias e conceitos auxiliares; e o capítulo 4 traz o estudo de caso, tendo no primeiro subcapítulo a exposição do histórico da política de drogas no país, anterior ao início do marco temporal desta pesquisa e no segundo subcapítulo a exposição do estudo de caso da política de drogas no país entre os anos de 1998 à 2006.

## 2- Metodologia: a Construção de uma Pesquisa

Este capítulo possui como objetivo expor a metodologia que é utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa. Entende-se que “a prática nasce da concepção sobre o que deve ser realizado e qualquer tomada de decisão fundamenta-se naquilo que se figura como o mais lógico, racional, eficiente e eficaz” (LAKATOS e MARCONI, 2002, p. 17). Assim, este capítulo é de extrema importância para o entendimento de como esta pesquisa foi desenvolvida.

Caracteriza-se como pesquisa exploratória pois o marco teórico e conceitual, formado pelas abordagens proibicionista e antiproibicionista, bem como suas teorias auxiliares serão o guia para a compreensão do objeto da pesquisa, que é a política de drogas no Brasil no período em análise.

Importante destacar a escolha do método de procedimento, que são as etapas mais concretas da pesquisa, na qual é formada por diferentes métodos, como o histórico, o comparativo e o estudo de caso (LAKATOS e MARCONI, 2002). Para essa dissertação foi escolhido o método de estudo de caso, valendo-se de informações e dados primários e secundários.

De acordo com Lakatos e Marconi (2002, p. 108) o estudo de caso foi criado por Le Play, que o utilizou ao pesquisar famílias operárias na Europa. Ele partiu do ponto de que qualquer caso que possui como objetivo estudar a fundo um determinado objeto, sendo representativo de outros objetos semelhantes. O método do estudo de caso “consiste no estudo de determinados indivíduos, profissões, condições, instituições, grupos ou comunidades, com a finalidade de obter generalizações” (*ibidem*, p.108), a pesquisa “deve examinar o tema escolhido, observando todos os fatores que o influenciaram e analisando-o em todos os seus aspectos” (*ibidem*, p.108).

Yin (2001, p. 19) aponta que os estudos de caso:

[...] representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Pode-se complementar esses estudos de casos “explanatórios” com dois outros tipos – estudos “exploratórios” e “descritivos”.

O estudo de caso é utilizado quando o objeto de pesquisa for relacionado a acontecimentos contemporâneos (diferente de pesquisas

históricas), porém sem a possibilidade de manipulação de comportamentos (diferente do experimento).

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos [...], é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo — com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados (YIN, 2001, p. 32-33).

Diferente da visão tradicional que se tinha sobre o estudo de caso como sendo apenas uma “estratégia exploratória”, Yin (2001, p. 27) aponta que um estudo de caso único também pode ter um propósito explanatório e descritivo. O autor aborda que interrogações do tipo “como” e “por que”, interrogações que essa pesquisa visa responder, constituem-se em métodos explanatórios/explicativos. O autor explica que existem três casos nas quais a utilização deste método é adequada. O primeiro diz respeito ao teste de hipótese ou teoria, que consiste em explicar, através de um estudo, como pesquisadores/as testaram uma proposição teórica, extensamente aceita, na qual o fracasso da utilização de inovações resultava em obstáculos impostos por organizações. Para fazer este teste escolheram uma escola que possuía um histórico de inovações e demonstraram que o fracasso nessas inovações se deu não pelos obstáculos, mas pelas imperfeições no procedimento concretizado. Como consequência, o estudo deste caso transformou a teoria da inovação, mesmo que tenha sido a pesquisa de somente um caso, mudando o foco de estudo das barreiras para o processo de implementação.

O segundo caso da utilização do estudo de caso é em eventos no qual ele é extremo ou incomparável, sendo muito comum em Psicologia Clínica, onde há o aparecimento de comportamentos raros sem teorias explicativas, justamente por serem raros. Assim justifica-se o estudo em profundidade de um caso onde ocorram este tipo de comportamento.

O terceiro caso descrito por Yin (2001) é aquele ao qual o pesquisador encontra-se com uma determinada situação ou fenômeno que até então não havia sido estudado. Um exemplo dado pelo autor é o estudo de caso de Elliot Liebow que aborda os negros desempregados em um bairro de Washington, DC, onde é observado o dia-a-dia deles. Suas conclusões tiveram grande peso, sendo que poucos cientistas sociais haviam investigado estes problemas,

mesmo este sendo um fenômeno de fácil acesso, ou seja, diferente do segundo tipo de caso, não é raro.

Estes três princípios apresentam as justificativas principais para utilização de um estudo de caso único. O autor ainda aborda que há outras ocasiões que este método pode ser utilizado, como a introdução a uma pesquisa mais elaborada, como a utilização deste método como ferramenta exploratória ou a orientação de um caso-piloto se uma sequência de estudo de casos. Porém, segundo ele, nestes últimos casos, o método não pode ser utilizado com um estudo completo.

Justifica-se a escolha do estudo de caso, pois até o momento as pesquisas sobre drogas ilícitas no Brasil não se debruçam sobre a legislação estruturante do sistema de drogas de forma conjunta e profunda. A maior parte dos estudos são orientados para o debate teórico do proibicionismo, que se encaixa no terceiro caso descrito por Yin (2001) como sendo uma justificativa para a utilização deste método. Assim, se busca a identificação de uma abordagem proibicionista e antiproibicionista na política de drogas do Brasil entre o período de 1998 a 2006.

Em relação às técnicas de pesquisa<sup>3</sup> Yin (2001, p.105) aponta que para os estudos de caso existem diversas fontes, nas quais as principais são: “documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos”. Nesta dissertação optou-se pela pesquisa documental (fontes primárias), sendo composta pelas legislações sobre drogas e documentos de sites públicos, bem como a pesquisa bibliográfica (fontes secundárias) na qual se utilizou livros, jornais online, artigos, dissertações e teses.

De forma resumida, a figura 1 mostra a metodologia da pesquisa:

---

<sup>3</sup> Técnica é um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência ou arte; é a habilidade para usar esses preceitos ou nonnas, a parte prática. Toda ciência utiliza inúmeras técnicas na obtenção de seus propósitos (LAKATOS e MARCONI, 2002, p.174).

**Figura1 - Metodologia de pesquisa**

Objeto de estudo	Marco temporal	Fontes	Método de procedimento	Marco teórico e conceitual
A política de drogas no Brasil	<b>1998</b> Implementação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) <b>2006</b> Criação do Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas	Legislação sobre drogas, documentos de sites públicos, assim como, livros, jornais online, artigos, dissertações e teses.	Estudo de caso	Abordagem proibicionista e antiproibicionismo

Fonte: elaborada pela autora

Para que se compreenda e seja possível analisar o objeto de pesquisa dessa dissertação, ou seja, a política de drogas no Brasil é indispensável ter um marco teórico e conceitual abrangente. Sabe-se que o tema das drogas engloba diversos conceitos, abordagens e áreas, tanto no espaço nacional quanto internacional, resultando em políticas públicas com focos diversos.

É possível verificar que a abordagem proibicionista é majoritária quando se trata do tema das drogas, porém a sua antítese, a política antiproibicionista também vem ganhando espaço na formulação de políticas públicas em diversos países.

Sendo estas abordagens fundamentais para essa pesquisa, torna-se necessário compreendê-las para que, posteriormente, possam ser identificadas nos dois sistemas de drogas brasileiros e suas políticas nacionais. Para isso, utilizou-se a exposição da abordagem proibicionista majoritariamente das obras de Maurício Fiore (2012); Henrique Carneiro (2002, 2009 e 2018); Thiago Rodrigues (2002; 2012); McAllister (2000); Antonio Escobedo (1998) e Argemiro Procópio Filho e Alcides Costa Vaz (1997). Como teorias auxiliares a temática em estudo, foi priorizada a Teoria da Securitização da Escola de Copenhague, elucidando como algumas drogas saíram da esfera não estatal (houve um momento em que as drogas que hoje são ilícitas eram consumidas livremente) para a estatal, a partir do desenvolvimento dos estudos de formulação de políticas públicas focadas no âmbito da segurança. Ressalta-se que a maior parte dos casos compreende uma esfera securitizada, no qual o

tema é visto como uma ameaça ao Estado e, conseqüentemente, passam a ser criadas medidas de caráter excepcional. Por fim, para essa temática foi incluso conceitos da Narcoanálise, de Thiago Rodrigues e Beatriz Labate (2019), abordando fatores que influenciaram historicamente a formulação da política de drogas nas Américas, tornando assim mais palpável a identificação da abordagem proibicionista nas medidas e ações das duas políticas de drogas no Brasil.

Para a exposição da abordagem antiproibicionista, optou-se por autores como Maurício Fiore (2012); Henrique Carneiro (2002; 2009; 2018) e Thiago Rodrigues (2002; 2012). Como teorias auxiliares, selecionou-se o conceito de segurança cidadã, termo desenvolvido por Moema Freire (2009) e Flávia de Avila (2017), que traz uma perspectiva de segurança focada no cidadão e não aquela tradicional focada na preservação do *status quo* do Estado. Este estudo, também foi direcionado a pesquisa de conceitos de redução de danos, a partir da visão de autores/as como Tarcísio Matos de Andrade (2004) e Marta Comte (2003), que interpretaram este conceito não como a proibição do uso de drogas e sim na diminuição dos riscos destas causados a saúde dos usuários. e como estes mudam ao decorrer do tempo.

**Figura 2-** Autores, teorias e conceitos da abordagem proibicionista e antiproibicionista

<b>Abordagem</b>	<b>Autores</b>	<b>Teorias e conceitos auxiliares</b>
<b>Proibicionista</b>	Maurício Fiore (2012); Henrique Carneiro (2002; 2009; 2018); Thiago Rodrigues (2002; 2012); McAllister (2000); Antonio Escohotado (1998); Argemiro Procópio Filho e Alcides Costa Vaz (1997); Buzan, Waeber e Wilde (1998).	Teoria da Securitização; Narcoanálise
<b>Antiproibicionista</b>	Tarcísio Matos de Andrade (2004); Marta Comte (2003); Moema Freire (2009); Flávia de Avila (2017); Maurício Fiore (2012); Henrique Carneiro (2002; 2009; 2018); Thiago Rodrigues (2002; 2012); Moema Freire (2009).	Redução de Danos; Segurança Cidadã (multisetorial)

Fonte: Elaborada pela autora

Importante destacar que as teorias e conceitos auxiliares foram trazidos para este estudo, entendendo-se que, majoritariamente, a questão das drogas é tratada como uma questão de saúde e de segurança, como demonstrado na Figura 3:

**Figura 3-** Teorias e conceitos auxiliares

	<b>Abordagem Proibicionista</b>	<b>Abordagem Antiproibicionista</b>
<b>Segurança Pública</b>	Securitização das drogas	Segurança Cidadã
<b>Saúde Pública</b>	Tratamento do usuário como criminoso, internação compulsória	Redução de Danos (RD)

Fonte: Elaborada pela autora

O campo da segurança pública foi escolhido para realizar o estudo, porque a abordagem proibicionista demonstra que, ao longo da história, determinadas drogas passaram a ser proibidas por meio de convenções internacionais e leis nacionais. Entendeu-se que o enfrentamento dos problemas surgidos em âmbito nacional, após o processo de proibição de determinadas drogas, orientou ações no campo da segurança pública para combater, por meios repressivos, a produção, consumo e mercado ilegal das drogas. Porém, há uma outra forma de tratamento da questão das drogas no campo da segurança produzido pela abordagem antiproibicionista e é possível identificar este movimento em alguns países, como é o caso dos EUA, da descriminalização ou mesmo legalização de algumas drogas, principalmente a *cannabis*. Este tratamento dado pela abordagem antiproibicionista resulta em um primeiro passo para a (de)securitização, ou seja, tirar a temática como sendo uma ameaça ao Estado.

A área da saúde pública foi selecionada para estudo após o entendimento de que quando internalizado o significado do proibicionismo na formulação de políticas públicas, as soluções tendem a ser a internação ou tratamento compulsório (entendimento de que o usuário não tem o poder de decisão) neste campo. Em contrapartida quando utilizada a abordagem antiproibicionista, políticas em desenvolvimento, na área saúde pública direcionam-se para a Redução de Danos (RD), respeitando o poder de decisão e o tempo de cada usuário. Dessa forma há uma restrição do papel do Estado, direcionando as ações estatais para o provimento de uma estrutura para o tratamento de dependentes e não mais interferindo no direito de escolha de cada cidadão em usar ou não determinadas substâncias.

Por estes motivos, manteve-se o foco nestas duas áreas. Portanto, foi feito uma explanação conceitual da estrutura e funcionamento da política de drogas no Brasil entre os anos de 1998 a 2006, bem como, a identificação das abordagens proibicionista e antiproibicionista.

Para auxiliar na coleta de dados o Yin (2001) apontou três princípios importantes: utilizar várias fontes, criar um banco de dados (notas,

documentos, tabelas e narrativas) e manterum encadeamento de evidências<sup>4</sup>, que nada mais é do que a clareza das evidências facilitando que o leitor chegue ao ponto de que as questões iniciais sejam facilmente entendidas até as conclusões do estudo de caso. Para a análise das evidências deste estudo de caso foram utilizadas proposições teóricas ou revisões feitas na literatura selecionada, dando forma à coleta de dados. No caso deste estudo a coleta de dados baseou-se justamente pelos fatores indicados pela abordagem proibicionista e antiproibicionista.

Por último organizou-se a estrutura do estudo de caso como um todo. Para esta dissertação foi escolhida a estrutura analítica linear, na qual se tem como sequência: os métodos da investigação (Capítulo 2), o tratamento do tema ou problema que está sendo investigado (Capítulo 3 e 4). Ressalta-se que, no capítulo 4, foi feita uma contextualização da política de drogas no Brasil desde as primeiras leis e instituições surgidas no país até 1998, ano que corresponde ao início do marco temporal desta pesquisa. Na segunda seção foi empregado o método do estudo de caso, caracterizando a pesquisa como exploratória, na qual se iniciou a análise no ano de 1998, finalizando em 2006.

Assim, a pesquisa possui a seguinte estrutura: (1) Introdução, (2) Metodologia da Pesquisa, (3) Marco Teórico e Conceitual, (4) Estudo de Caso, (5) Conclusão e Referências.

---

<sup>4</sup> Como ocorre com provas criminais, o processo deve estar claro o suficiente para assegurar que as provas apresentadas no "tribunal" - o relatório do estudo - sejam, com certeza, as mesmas que foram coletadas na cena do "crime" durante o processo de coleta de dados; inversamente, nenhuma evidência original deve ser perdida, por descuido ou pela presença de ideias tendenciosas por parte do pesquisador, e não receber a atenção devida ao considerar os "fatos" de um caso (YIN, 2001, p. 127)

### **3- Perspectiva Teórica-Conceitual para o Entendimento da Política de Drogas no Brasil**

Neste capítulo será exposto o marco teórico e conceitual desta pesquisa. No primeiro subcapítulo será abordado o proibicionismo com suas teorias auxiliares e no segundo o antiproibicionismo com os seus conceitos. Estes correspondem ao suporte para o estudo da política de drogas de 1998 a 2006, referente ao capítulo 4, pois através das abordagens, teorias e conceitos expostos que se pretende responder à pergunta que guia esta dissertação.

#### **3.1- Intervenção no tema das drogas: abordagem proibicionista**

O proibicionismo é a base para que se entenda a legislação estudada sobre drogas no Brasil, pois tal abordagem influenciou a formulação e aplicação de convenções internacionais na qual o Brasil é signatário, até o entendimento presente que se tem sobre o que são drogas.

Neste viés, o proibicionismo trata de:

[...] um conjunto de discursos e leis antidrogas [...] que se consolidou como modelo legal mundial para tratar de uma sempre crescente lista de drogas. O proibicionismo conjuga argumentos de quatro tipos: o moralista, o de saúde pública, o de segurança pública e o de segurança internacional. O uso de drogas seria um desvio de conduta (moral) que levaria a um problema geral de vício e degradação pessoal e social (saúde pública); como as drogas proibidas continuariam consumidas haveria a formação de um mercado ilícito (segurança pública) que ganharia, como narcotráfico, contornos de problema global (segurança internacional). O proibicionismo visa erradicar permanentemente práticas sociais relacionadas a drogas que são milenares por meio de leis e repressão policial e militar (NU-SOL citado por CARVALHO, 2013, p.10).

Assim, o proibicionismo refere-se à prática dos Estados mediante determinadas substâncias (FIORE, 2012). Seguindo a lógica do autor as consequências dessas práticas vão além das convenções internacionais e legislações. O proibicionismo estruturou a compreensão atual na sociedade sobre a divisão arbitrária entre drogas que são legais e, portanto, boas e por outro lado, as drogas que são ilegais e desta forma ruins. A natureza dos produtos chamados de drogas varia segundo o autor, mas pode ser dividida entre aquelas pertencentes por um lado à indústria farmacêutica, indústria do

álcool e indústria do tabaco, entre outras; e de outro a indústria das drogas ilícitas.

Se levado em consideração o seu sentido desde a Antiguidade, o vocábulo *phármakon* era utilizado pelos gregos para se referir a remédio ou veneno, assim como o termo *narcótico* do grego *narkoun*, significava adormecer ou sedar (ESCOHOTADO, 1998). A palavra “droga” na versão mais corrente é derivada do termo holandês *droog*(seco), que significava, entre os séculos XVI ao XVIII, a designação de um conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação, medicina, ou por mero prazer, correspondente, de forma geral, a “produtos secos” (CARNEIRO, 2005).

Porém, com o passar do tempo o termo droga passou a adquirir uma conotação negativa podendo se referir tanto a um conjunto mais amplo (sentido farmacológico), quanto a um grupo mais limitado de substâncias psicoativas, notadamente as ilícitas, sendo esta última significação derivada da influência do proibicionismo (FIORE, 2012). É comum observarmos o uso das palavras “droga”, “drogas psicoativas” ou “psicotrópicas” se referindo, conceitualmente, a drogas ilícitas, sendo que não é possível verificar uma explicação farmacológica que sustente a divisão entre drogas legais e ilegais (TORCATO, 2016). No entanto, e conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), droga “é toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. Ou seja, a palavra droga pode ser utilizada para se referir tanto ao álcool e ao café, que são lícitos, quanto a cocaína e a maconha, considerados ilícitos.

Além da influência sobre o conceito de drogas, o proibicionismo vem regendo legislações e convenções internacionais que abordam o tema. O consumo das drogas vem sendo regulamentado de maneiras diversas, sendo possível encontrar no século XX leis que proíbem drogas como o ópio, a *cannabis* e a cocaína e aceitam outras como o álcool, tabaco, chás, ansiolíticos, sedativos, antidepressivos e estimulantes, não sendo estes objetos do mesmo tipo de controle (CARNEIRO, 2005; 2009). Assim a formação do regime internacional de drogas é de extrema importância para o entendimento da política brasileira de drogas atual, sendo que o Brasil é signatário das Convenções Internacionais sobre drogas ilícitas hoje vigentes. Por consequência, sua legislação sobre o assunto, assim como a dos demais

países signatários, é influenciada por este regime, que é amparado pela abordagem proibicionista.

A constituição deste regime tem suas raízes em 1909 sob a liderança dos EUA conhecida como a “Comissão do Ópio”, formada por 13 potências<sup>5</sup>. Esta Comissão se reuniu neste mesmo ano em Xangai, na Conferência Internacional do Ópio, com o objetivo de discutir a questão do ópio na China. As delegações da China e EUA defendiam um controle sobre essa droga, enquanto países como Holanda, Alemanha e Suíça, com indústrias farmacêuticas fortes, apoiavam o controle de matérias-primas, mas não das drogas manufaturadas. Importante destacar que Estados produtores, como Pérsia e Índia (a Turquia não enviou representante ao encontro) defendiam que este era um assunto interno (SILVA, 2013). A Conferência resultou apenas em recomendações para que países suprimissem o fumo do ópio, não chegando a um acordo internacional devido ao choque de interesses entre EUA e China de um lado, advogando pelo início de um regime proibicionista e do outro lado aqueles países que produziam ou tinham indústrias farmacêuticas fortes (CARDINALE, 2018; ESCOHOTADO, 1998). A Comissão Internacional do Ópio é o momento que se inicia a discussão sobre a proibição de determinadas drogas em nível mundial (SILVA, 2013). Consistiu em:

[...] um esboço de um sistema de cooperação internacional em assuntos de droga, que inspirou a primeira convenção sobre ópio de 1912, e inaugurou a prática de encontros diplomáticos para a discussão do tema do controle de drogas psicoativas (BOITEUX, 2009, p.25).

Estes fatos contribuíram para que algumas substâncias psicoativas fossem movidas do nível não regulamentado para a ilegalidade, resultando em leis criminais, aumento do aparato estatal de forças repressivas, emergência de um sistema internacional de controle de drogas, o que resultou na expansão do tráfico de drogas em dimensões globais (RODRIGUES e LABATE, 2016). Segundo Rodrigues (2012) a questão das drogas somente tornou-se um problema social ou de saúde pública, com o surgimento do narcotráfico, que ocorreu após a implementação de políticas proibicionistas.

---

<sup>5</sup> Grã-Bretanha, França, Alemanha, Japão, Holanda, Portugal, Rússia, China, Sião, Pérsia, Itália, Áustria-Hungria e Turquia, além dos EUA (SILVA, 2013).

Assim sendo, a questão das drogas passou a ser discutida em âmbito estatal, após pressões de uma parcela da sociedade estadunidense, principalmente àquelas ligadas a igrejas, associações protestantes e comunidades médicas. O ano de 1906 nos EUA, com a aprovação do *Food and Drug Act* (Lei Federal sobre Alimentos e Drogas), representou um marco proibicionista, pois é neste momento que se iniciam legalmente indícios do controle das drogas pelo governo em território nacional (RODRIGUES, 2012). Neste momento esta lei não tinha um caráter proibitivo, devido:

[...] a criação da *Food and Drug Administration*, que deveria aprovar todos os alimentos e drogas para consumo humano antes de sua introdução no mercado; a necessidade de apresentação de prescrição médica para a aquisição de algumas “drogas”; e a necessidade de que as “drogas” vendidas fossem rotuladas de tal modo que as substâncias que entravam em sua composição fossem conhecidas (VARGAS, 2001, p.200).

McAllister (2000) aponta os EUA como sendo o ator fundamental na propagação das demandas proibicionistas, bem como o norteador das iniciativas diplomáticas de controle de drogas não só no Brasil, mas no mundo. Adiala (2006) afirma que a problematização social do uso do ópio, cocaína e maconha é o fundamento institucional do proibicionismo contemporâneo, possuindo suas origens nos Estados Unidos da América, que foi o promotor da proibição e criador de leis que dizem respeito às substâncias entorpecentes, assim como das conferências internacionais vigentes no mundo.

Cada país teve o seu contexto interno como fator determinante para a criação e aplicação de políticas proibicionistas, não sendo possível alegar que houve uma imposição dos EUA nas políticas internas dos demais países. Apesar do papel de extrema importância, cada país cooperou, devido a interesses locais, para que o proibicionismo se tornasse global (FIORE, 2012; RODRIGUES, 2017).

Se é verdade que os Estados Unidos são um ator fundamental na existência e permanência do proibicionismo, é também verdade que as elites locais estão ligadas aos interesses geopolíticos e econômicos dos Estados Unidos, deve-se observar que a rejeição de certas drogas psicoativas e todo o conjunto de leis e programas repressivos lançados contra sua produção, comércio e uso têm raízes mais profundas em crenças morais, na xenofobia, no racismo e táticas biopolíticas que servem para mapear e controlar populações,

mesmo que a “guerra às drogas” seja um fracasso (RODRIGUES e LABATE, 2019, p.59)<sup>6</sup>.

Prova disso é a proibição da maconha no Brasil em 1932, devido a estigmatização gerada pelas elites do país, cinco anos antes dos EUA fazer o mesmo (FIORE, 2012). Rodrigues e Labate (2016) reiteram que o movimento de proibição, não corresponde a uma estratégia única e global, expondo uma dinâmica própria das Américas. Afirmam que cada Estado possui peculiaridades, apontando objetivos específicos e formulação de políticas internas mais rígidas, direcionadas ao mercado e ao consumo de determinadas drogas. Assim, é necessário observar a dinâmica proibicionista de cada país, especificamente as dinâmicas internas do Brasil.

Cabe destacar que o papel dos EUA foi decisivo para que houvesse uma expansão e consolidação da política de repressão às drogas. Esta se deu principalmente a partir da sua consolidação como potência mundial, ao incluir as drogas ilícitas como sendo um assunto de segurança internacional e tornando este, um problema comum aos demais países, em especial, aos latino-americanos. Santos (2011, p. 47) afirmou que “ao longo do século XX, na medida em que passaram a ter uma presença mais notável no sistema internacional, os norte-americanos procuraram estender ao mundo o seu modelo repressor de combate às drogas”.

No início do século, a experiência da Lei Seca, de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, fez surgir as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido, que fez nascerem muitas fortunas norte-americanas, como a da família Kennedy. O fenômeno da Lei Seca repete-se no final do século XX, numa escala global, com a dimensão gigantesca de um comércio de altos lucros, gerador de uma violência crescente. O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo, que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros (CARNEIRO, 2002, p.116).

Escohotado (1998), seguindo essa lógica, aborda dois fatores como sendo a raiz do proibicionismo: o primeiro é a reforma moral puritana estadunidense, na qual determinados grupos, principalmente imigrantes, eram associados ao consumo de determinadas drogas como cocaína, ópio, álcool e

---

<sup>6</sup> Tradução feita pela autora.

*cannabis*. O segundo está ligado ao papel exercido pelas associações médicas e farmacêuticas que, ao se unir com o movimento puritano, viram a oportunidade de obter o controle sobre determinadas drogas, ganhando força assim no duelo que tinham com os curandeiros.

Fiore (2005) também aponta o puritanismo norte americano, assim como a antipatia cristã por determinadas substâncias, bem como aos interesses das elites que se preocupavam com os “excessos” e perigos derivados do estímulo a determinadas drogas em consonância aos interesses econômicos.

Ribeiro (2013) explica que essa “cruzada moralista” nos EUA foi motivada por três fatores: preocupação com a saúde pública (possíveis efeitos colaterais dos opiáceos); importância do monopólio da prescrição para a classe médica; e medo da sociedade dos efeitos do consumo recreativo por determinado grupos.

Com base no exposto, torna-se possível citar duas premissas fundamentais do proibicionismo: a primeira é de que o uso de determinadas drogas é dispensável, danoso à saúde, desenvolvem vício e podem causar a morte. Desencadeiam também diversos distúrbios sociais sendo que os usuários perdem o controle e podem ficar violentos, cabendo assim ao Estado proibir e punir quem consome, vende e produz. A segunda premissa é que a melhor forma de ação do Estado mediante esta situação (primeira premissa) é a punição, não existindo nenhuma outra forma de controle. As Convenções da ONU alinhadas a este fato impõem aos Estados signatários a punição dos produtores e vendedores dessas drogas - os traficantes - deixando as ações direcionadas aos consumidores para a dissuasão penal interna (FIORE, 2012). Desta forma, o proibicionismo constitui um posicionamento ideológico com fundamento morais, que podem ser encontrados em medidas políticas orientadas à regulamentação de acontecimentos, comportamentos ou mercadorias vistas como negativos, através de interferências no sistema penal, ainda que os comportamentos não provoquem um prejuízo ou perigo direto à terceiros (KARAM, 2010).

Percebe-se que, no século XX, a questão das drogas passa a ser abordada nas relações internacionais, através da instrumentalização do comércio do ópio pelos países europeus através de políticas mercantis na Ásia.

Isso se deu a partir de 1912 quando se tem a Convenção Internacional do Ópio, representando o primeiro tratado internacional que regulamentou o tráfico de ópio, cocaína, heroína e derivados, consolidando o combate as drogas pelo lado da oferta, inexistindo um debate acerca da redução da demanda. Até então o ópio era comercializado em grande parte pela Inglaterra, que comprava da Índia e vendia para a China, após a essa Convenção restringiu a “produção, venda e uso do ópio a necessidades “legítimas” (medicinais e científicas), estipulou a supressão gradual do seu fumo [...] e registros e proibiu a exportação de drogas para Estados que banissem sua importação” (SILVA, 2013, p. 2013). Há uma ressignificação no consumo do ópio e seus derivados, após o aumento do consumo desta droga na China e posteriormente do mundo (BOITEUX, 2009).

Bergeron (2012) aponta que a Convenção do Ópio foi fruto da afluência de esforços de médicos e farmacêuticos (que naquele momento passavam pelo desenvolvimento da medicina ocidental e assim buscavam o monopólio do direito de prescrição de drogas) e dos movimentos moralistas com pauta antiópio (que favoreceram a criminalização de práticas culturais de determinados grupos), em particular dos estadunidenses. Ainda sobre os movimentos moralistas, Escohotado (2004) destaca que nos Estados Unidos da América o ópio era correlacionado a corrupção de crianças pelos chineses, cocaína a crimes sexuais cometido por negros, maconha pela criminalidade cometida por mexicanos e o álcool as imoralidades de irlandeses, judeus e italianos. Observar-se-á, que no Brasil, esta abordagem não é tão diferente em relação ao preconceito, principalmente, com usuários.

A utilização recreativa de determinadas drogas era apontada como um problema de saúde pública, sendo defendida pela classe médica o seu uso somente sob prescrição (RODRIGUES, 2012). Boiteux (2009) assinalava que o controle se estendia cada vez mais para as drogas, justificando o assunto em convenções e formulando assim uma política internacional repressiva, que influenciava, sobremaneira, nas legislações nacionais. Necessário pontuar que antes da ratificação da Convenção Internacional do Ópio de 1912, com exceção da China, Egito e poucos estados norte-americanos, não havia infrações sobre drogas.

Com a eclosão da Primeira Guerra Mundial, aqueles controles previstos na Convenção foram suspensos. A exceção ocorreu nos EUA, que formulou a primeira lei proibicionista, denominada *Harrison Narcotics Act*, na qual foi internalizada a Convenção de Haia em 1912, restringindo a comercialização do ópio, cocaína e de seus derivados (SILVA, 2013). Após isso em 1916, a *Lois Surles Drogues* na França e em 1920 o *Dangerous Drug Act* no Reino Unido (BERGERON, 2012; BOITEUX, 2009).

Importante ressaltar que em 1936, ocorreu a Convenção para Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas, na qual houve a tipificação do crime de tráfico de drogas. Em seu artigo II, os países signatários se comprometiam na elaboração de dispositivos legais para punir severamente, com pena de privação de liberdade, aqueles que contrariassem os dispositivos legais que estivessem presentes nesta Convenção (CARVALHO, 2014).

Dessa forma, no início do século XX, existia uma estrutura jurídica internacional para o controle de determinadas drogas, fomentada em grande parte por países com interesses comerciais (SILVA, 2013).

No âmbito da Organização das Nações Unidas foram formuladas convenções que ainda hoje continuam vigentes, estabelecendo regras internacionais de combate às drogas. Para que ocorra qualquer mudança no sistema internacional de controle de drogas, torna-se necessário que se dê a partir dos fóruns de debates, especialmente nas sessões especiais ou normais da Assembleia Geral das Nações Unidas. Necessário também o entendimento de informações advindas de órgãos da ONU, como a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), que anualmente elaboram o Relatório Mundial sobre Drogas, além é claro de informações provenientes de organizações da sociedade civil e das próprias universidades (PBPD, 2016).

As Convenções sobre drogas atualmente vigentes são: a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes (1972) e Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988). Estas contêm listas que respectivamente

conceituam os entorpecentes (1961), as substâncias psicotrópicas (1971) e as substâncias que são utilizadas com frequência na produção de drogas ilícitas<sup>7</sup> (1988). As listas anexas de cada uma dessas convenções disponibilizam diferentes medidas de controle das substâncias incluídas, conforme a compreensão da capacidade de dano. Os países signatários devem estabelecer em suas legislações internas o crime penal de produção, tráfico e posse de substâncias ilícitas, mesmo que para uso pessoal, isento aqueles casos em que há probabilidade de penas alternativas em casos menos graves. É necessário o controle de substâncias controladas, além da cooperação entre polícias em investigações, processos judiciais e em assistência técnica (UNODC, 1961; 1971; 1988).

A Convenção de 1961 consolidou o combate as drogas pela via da redução da oferta, criando a *International Narcotics Control Body* (INCB) e ampliou as ações repressivas, tendo como foco os países produtores (MCALLISTER, 2000). Mesmo sendo a Convenção de 1961 um marco no regime internacional de drogas, houve um aumento no consumo de drogas, assim como da violência advinda do tráfico de drogas, fazendo com que os países se reunissem novamente na Convenção de 1971. Esta Convenção expandiu substâncias proibidas, criando “um sistema de relatórios, licenças e controles para ampla gama de drogas, elencando-as em quatro listas de acordo com seu risco potencial e padrões de abuso” (SILVA, 2013, p. 127).

Neste mesmo contexto, vale pontuar a movimentação feita pelos EUA, ator primordial no movimento proibicionista dentro do seu país e na esfera internacional. Durante a presidência de Richard Nixon, têm-se os primeiros discursos belicistas no âmbito interno e de guerra às drogas que colocavam os EUA como “vítimas” dos países produtores, acionando a retórica de segurança nacional e assim justificando às sociedades suas medidas excepcionais tanto interna, quanto externamente, em nome da defesa do Estado e da sociedade (HERZ, 2002). Ainda sobre a política interna estadunidense observa-se a criação da *Drug Enforcement Administration* (DEA) em 1973, que se converteu no “organismo responsável pela coordenação e implementação das funções de

---

<sup>7</sup> As substâncias usadas para o preparo de drogas são nomeadas precursores, como exemplo a acetona e o ácido sulfúrico e que por isso são sujeitos a ações de controle para que não sejam utilizados para fins lícitos (BRASIL, 2003).

informação e investigação relacionadas com a repressão às drogas ilícitas” (OLMO, 1990, p. 43). A DEA foi responsável por tratar sobre o assunto tanto em âmbito interno quanto externo (TENA, 2000).

Nos anos 1980, o foco da política externa dos EUA voltou-se para a América Latina, sendo que grande parte das drogas ilícitas consumidas neste país vinha desta região (OLMO, 1990). Assim para guiar o combate às drogas formulou-se o *National Security Decision Directive number 221* (NSDD), que rotulou o narcotráfico como sendo uma ameaça internacional com poder de corrupção política e social e que o combate militarizado deveria ser conjunto (USA, 1986). Assim:

Washington concentrou-se em treinar, equipar e assessorar forças antinarcóticos indígenas (unidades policiais ou militares), facilitou a criação de organizações paramilitares de erradicação de drogas especiais nos países produtores de drogas onde tais unidades ainda não existiam e injetou subsídios financeiros para apoiar os esforços antidrogas quando os recursos locais eram insuficientes. O objetivo geral era encorajar, persuadir, subornar ou coagir os governos estrangeiros a aderir à guerra contra as drogas liderada pelos EUA (CARPENTER, 2003, p. 21, tradução própria).

Para ter um comprometimento dos países na guerra às drogas, em 1986, Ronald Reagan, visando pressionar a adesão dos países latino-americanos, instituiu o processo de certificação, ao qual o país que não colaborasse com o combate às drogas, não poderia receber crédito do governo americano. Deste modo, países latinos-americanos deveriam adotar o modelo de repressão às drogas estadunidense (SANTOS, 2007).

Por estes fatores, aponta-se os EUA como ator principal na formação do regime internacional de drogas.

A ascensão progressiva dos Estados Unidos marcou, em face do fenômeno das drogas, a luta contra a livre circulação de substâncias psicoativas, capaz de se impor definitivamente *vis a vis* à sua capacidade de moldar a ordem hegemônica, baseada em um conjunto de propostas proibicionistas e na criação de instituições internacionais que o apoiam (CARDINALE, 2018, p. 97, tradução própria)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Essa luta contra as drogas iniciada na Guerra do Ópio, além de envolver os interesses comerciais dos EUA em proibir o ópio (acreditavam que o alto consumo deste produto diminuiria a demanda chinesa por produtos encontrados no seu mercado) também envolve interesses puritanos de manter a sociedade longe de hábitos diferentes daqueles considerados

A partir de 1990, o tratamento ao usuário passou a ser considerado uma alternativa, alinhado a todas as sanções ligadas a proibição do uso (FIORE, 2012). Ao mesmo tempo em que se considerou um avanço para o consumidor (RODRIGUES, 2003), o usuário foi visto como um doente, ao qual o principal tratamento seria a concepção ligada a abstinência (LEAL, 2017). Este é um modelo de origem norte-americana das *Drug Courts*, sendo os usuários mantidos sob o controle do Estado, passando por processos de desintoxicação, evitando assim o sistema prisional (BOITEUX, 2006).

Por último, apesar de não representar um compromisso jurídico, a 20ª Assembleia Geral Especial das Nações Unidas também foi um instrumento importante para se entender a construção deste regime. Realizada em Nova York, em 1998, teve como objetivo o estabelecimento de um compromisso moral dos países e embasou-senas seguintes declarações: “Declaração Política”<sup>9</sup>, “Declaração sobre Princípios Diretores da Redução da Demanda de Drogas” e “Declaração sobre Medidas de Fomento da Cooperação Internacional na Luta contra o Problema Mundial das Drogas” (BRASIL, 2003).

Com a aprovação da Declaração Política, os Estados-membros da ONU comprometeram-se a alcançar efeitos mensuráveis de medidas direcionadas a redução da oferta e da demanda de drogas ilegais até o ano de 2008 (UNODC, 1998). O regime internacional de drogas possui normas que são internacionalmente aceitas e adotadas pelos países, assim como possui um aparato de fiscalização e de deliberação centralizado (CARVALHO, 2013). Entende-se ser importante o entendimento da política de drogas no Brasil, que sofre influência da abordagem proibicionista.

Para que se entenda especificamente como se deu a formulação de políticas públicas de drogas no decorrer do tempo, foi verificada a teoria da Narcoanálise.

---

os tradicionais.

<sup>9</sup> “A Declaração Política, em particular, consagrou o princípio da responsabilidade compartilhada entre os Estados, superando as distinções que anteriormente se faziam entre países produtores, consumidores e de trânsito. Consagrou também o princípio da abordagem integral e equilibrada da problemática das drogas, dando igual ênfase — isto é importante — à redução da demanda e da oferta. Estabeleceu, ademais, uma série de metas a serem cumpridas entre os anos de 2003 e 2008”, como será visto o Brasil assume compromissos nesta declaração (BRASIL, 2003, p. 2).

### **3.1.1- Institucionalização do proibicionismo: *Narcoanálise***

A Narcoanálise como um dos aportes teóricos a esta pesquisa proporciona uma análise em cinco níveis, oferecendo uma visão geral de como a abordagem proibicionista influenciou na formulação da política de drogas nas Américas. Os cinco níveis de investigação: moral, sanitário, segurança pública, segurança nacional e segurança internacional, são interligados em muitos momentos. Na prática não existe uma separação como na teoria (por exemplo, o nível moral é encontrado tanto na formulação de políticas em segurança pública como também de saúde pública). Assim torna-se importante que se entenda a teoria como um todo.

O conceito de Narcoanálise, usado por Rodrigues e Labate (2019), é distinto ao utilizado nos campos médico e psicológico, ao qual debate os efeitos psicoativos de determinadas drogas. Também difere das abordagens da criminologia, que relaciona o uso de drogas psicoativas a práticas criminosas. Para os autores, a Narcoanálise, influenciada pelo método genealógico e pelo conceito de biopolítica (desenvolvidos pelo filósofo francês Michel Foucault), possui como objetivo servir de aporte teórico para análise das políticas de drogas das Américas.

A influência do método genealógico dá-se devido à busca pelas múltiplas origens de um dado problema. Essa busca é essencial para o estudo da política de drogas, pois o que importa para entender esta questão não é a data ou acontecimento específico onde tudo começou. O que importa são demandas moralistas de determinados grupos sociais, disputas no campo médico pelo monopólio do direito de ministrar drogas psicoativas e os interesses biopolíticos em controlar populações tidas como perigosas, tais como a criminalização, práticas econômicas e hábitos pessoais (como a produção, a venda e o consumo de drogas). Tais fatores não ocorreram em ordem cronológica e produziram diferentes práticas de governo ou como nomeia Foucault, diversas governamentalidades — a forma de governamentalidade importante para a análise da política de drogas é a biopolítica (RODRIGUES e LABATE, 2019). A biopolítica descreve o conjunto de condutas e métodos utilizados com o objetivo de governar a população das cidades que cresciam cada vez mais durante o século XVIII na Europa

(FOUCAULT, 2015). Para Rodrigues e Labate (2016, p.13) é “um conjunto de práticas de governança que mobilizam políticas estatais”.

A compreensão da Narcoanálise sugere que a política de drogas desenvolvida nas Américas é “uma tática que pertence à biopolítica e que opera sob o entendimento de governamentalidade” (RODRIGUES e LABATE, 2019, p.44). Importante destacar que esta política específica tenta controlar a forma de viver de pessoas distintas, com o foco em alguns grupos populacionais (leia-se, negros, pobres e moradores de bairros populares ou favelas), objeto de maior controle do que outros grupos. A abordagem proibicionista é utilizada para governar os cidadãos de diferentes países das Américas, sendo uma tática que vai além do combate militarizado às drogas, gerando políticas públicas de saúde, segurança pública e nacional e, também, influência na formulação de julgamentos morais sobre a temática (RODRIGUES e LABATE, 2019).

Entendendo, portanto, Narconálise como a criação de uma política de drogas articulada em nos níveis moral, sanitário, segurança pública, segurança nacional e segurança internacional, compreende-se que, conforme apresentado por Rodrigues e Labate (2019), o nível moral, corresponde a não aceitação ao hábito de utilizar drogas psicotrópicas. Percebe-se, também que:

[...] produção de leis punitivas específicas para um conjunto de drogas não foi uma medida unilateral, tecida em gabinetes a partir de decisões facilmente demarcáveis. Houve, ao contrário, uma interpenetração de influências entre as práticas sociais proibicionistas — organizadas ou passivas — e as decisões de governo; conformando uma situação, na qual se pode notar uma colonização progressiva do Estado pelas demandas criminalizadoras difundidas na sociedade, processo que se completa com o proibicionismo total do período posterior à Lei Seca (RODRIGUES, 2004, p.5).

O proibicionismo considera determinadas drogas vinculadas a certos grupos sociais, sendo essas uma ameaça à segurança moral da população. Como exemplo tem-se os EUA, onde, no início do século XX, a maconha era relacionada aos hispânicos, ópio aos chineses, cocaína aos negros e o álcool aos irlandeses e italianos. Os movimentos religiosos com suas pautas morais tanto nos EUA quanto no Brasil tiveram grande peso para a proibição de determinadas drogas. Assim, existe uma divisão imaginária em diversas culturas, que colocam de um lado as pessoas que não consomem drogas

ilícitas (pessoas boas) e de outro, aquelas que consomem (pessoas más), sendo essas tachadas de viciados, drogados, marginais e excluídos socialmente (RODRIGUES, 2004; ANDRADE, 2004).

Adentrando ao segundo nível, o de segurança sanitária, no Brasil, a heroína, tornou-se um problema de saúde pública a partir dos anos 1910, quando cafetões e prostitutas começaram a utilizá-la, enquanto a maconha foi relacionada aos negros capoeiras, rotulada como um problema de saúde pública no século XIX (RODRIGUES, 2004; PASSETTI, 1991). Assim, este nível é referente à proibição de determinadas drogas, tendo como justificativa a ameaça que estas trazem a saúde das pessoas e da sociedade como um todo, por meio de legislações nacionais e compromissos internacionais. Este nível de saúde pública está aliado ao nível moral e foi implementado nos anos de proibicionismo a partir de políticas públicas, apontando-se para o esquecimento da proteção à saúde pública e priorizando o fundamento moral e simbólico de proibição as drogas (RODRIGUES, 2006).

De acordo com Andrade (2004) no Brasil investe-se muito mais naquelas pessoas que não utilizam drogas (prevenção primária) do que naquelas que a utilizam. O investimento é verificado através de sensibilizações, campanhas e treinamentos que buscam o mundo ideal livre das drogas, enquanto políticas e ações de Redução de Danos, por exemplo, não recebem atenção nem investimento.

Além do mais, ao compararmos os dois lados dessa linha, para prevenção primária os recursos financeiros são muito maiores e mesmo ilimitados, tudo é possível para alimentar o sonho de um mundo sem drogas; enquanto para os usuários de drogas, em sua exclusão e representação social indesejável, os recursos são quase sempre muito limitados e aquém das necessidades (ANDRADE, 2004, p. 91).

Esta classificação de algumas drogas (como cocaína, heroína e *cannabis*) como uma ameaça à saúde antecedeu a criação de uma legislação penal sobre a produção, comércio e uso de drogas. Quando a legislação colocou na esfera da ilegalidade algumas drogas e criou a modalidade de crime o narcotráfico, surgiu o terceiro nível de análise, correspondente ao da segurança pública. Essa criminalização que gerou o terceiro nível é uma “declaração de guerra” que, utilizando-se do Direito Penal, surgiu antes da chamada “guerra às drogas”, um fenômeno internacional (RODRIGUES, 2004).

Afirma-se, desse modo, que a proibição às drogas mostrou-se como uma forma sedutora para o incremento das estratégias de controle social em curso. [...] Instrumentalizada pelas técnicas de repressão do sistema jurídico-policia a prevenção geral determina a intervenção sobre os alvos selecionados prendendo-os ou eliminando-os e, com isso, circunscrevendo os “perigosos” ao seu espaço: o gueto ou o cárcere. [...] A sobreposição construída entre “classes perigosas”, “viciados” e “traficantes” provou-se poderosa, pois encontrou ressonância e suporte nos princípios morais hegemônicos e nas avaliações que apontavam o consumo de psicoativos como séria matéria sanitária (RODRIGUES, 2004, p.6-7).

Por meio do discurso de proteção da saúde pública, tem-se o aumento da punição, resultado do terceiro nível. No entanto, a dualidade entre drogas lícitas e ilícitas não advém de pesquisas médicas sobre os riscos de cada substância, sendo possível que interesses políticos estejam envolvidos com essas decisões (RODRIGUES, 2006). Misse (1997) em sua análise do padrão histórico do tráfico de drogas no Rio de Janeiro argumenta que a criminalização de algumas drogas, atende a uma demanda moral da sociedade. Paradoxalmente, a constituição do mercado, parte da proibição, sendo instituído um sistema no qual existe uma banalização da criminalização com altos níveis de corrupção e clientelismo político.

Por trás do narcotráfico, existem diversos interesses, entre eles o mercado financeiro, indústria bélica, indústria farmacêutica, exploração camponesa, indústria de bebidas alcoólicas, dentre outros (IULIANELLI, 2000). Além disso, envolve acordos com o Estado através de subornos e lavagem de dinheiro (IZQUIERDO, 2000).

Para Misse (1997, p.15) “não há como dissociar, funcionalmente, a expansão regular do comércio de mercadorias ilegais, o emprego da violência na base das relações de poder e a expansão do mercado potencial de mercadorias políticas”. O conceito de mercadorias políticas, desenvolvido pelo autor, implica que bens públicos que são apropriados por funcionários do Estado e transformados em mercadorias trocadas por dinheiro ou favores. Estas mercadorias são representativamente políticas, pois o seu valor não é determinado somente pelo mercado, depende de uma avaliação das correlações de forças pelas partes que estão negociando. Portanto, o valor da mercadoria apresenta uma dimensão política e econômica.

O quarto nível, correspondente a segurança nacional, surgindo após a declaração<sup>10</sup> de guerra às drogas do presidente dos EUA, Richard Nixon (1969-1974), em 1971, impulsionando o processo de militarização do combate as drogas na América Latina (CARPENTER, 2016). O discurso de Nixon dividiu os países entre aqueles que produziam e aqueles que consumiam, sendo os EUA vítima de grupos que levavam determinadas drogas para o país. Este discurso reforçou estereótipos existentes desde o início do proibicionismo. Além disso, ao externalizar o problema das drogas e se colocar como vítima –ainda que a questão das drogas não seja uma ameaça tradicional (um Estado), estes fatores são utilizados como justificativa para possíveis intervenções em outros Estados, por rotular o narcotráfico como sendo um assunto da agenda de segurança nacional (RODRIGUES e LABATE, 2019).

E por fim, o quinto nível, segurança internacional, emergiu a partir da adesão da maioria dos países a Convenção da ONU contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988, firmada em Viena, na Áustria. Esta Convenção passou a tratar o narcotráfico como uma ameaça à segurança internacional, pois segundo a mesma, o tráfico de drogas promovia a instabilidade social e política nos países produtores e financiava grupos guerrilheiros e terroristas (HERSCHINGER, 2011; INKSTER e COMOLLI, 2013).

O fato de trazer a Narcoanálise para o cerne dos debates, objetiva na compreensão e transformação das políticas de drogas, suas origens sociais, resultados políticos e sociais, levando em conta o dinamismo e a conexão entre as esferas sociais, econômicas e políticas, dentro e fora do país. O peso dos níveis da Narcoanálise pode variar, dependendo do momento histórico, da dinâmica de poder das relações domésticas, do nível de participação do país no tráfico internacional de drogas e de como países são afetados por medidas internacionais de repressão (RODRIGUES e LABATE, 2019).

Assim, torna-se necessário identificar a circunstância histórica na qual o Brasil estava inserido no momento da formulação da política de drogas: atores envolvidos, estratégias, dispositivos, dinâmicas de poder - criados para

---

<sup>10</sup> Esta declaração “mostrou como as fronteiras entre esses níveis analíticos propostos são muito tênues [...] visto que o proibicionismo funciona pela combinação de elementos de cada um dos níveis analíticos. (RODRIGUES e LABATE, 2016, p.23).

influenciar esta política. O nível de importância do tráfico internacional de drogas, bem como decisões tomadas internacionalmente, influenciou a política interna do Brasil. Entende-se que o objeto do próximo tópico, compreenda os paradigmas que, ao longo do tempo, afetaram a formulação da política de drogas como uma política de segurança.

Portanto, a Teoria da Securitização, exposta a seguir, auxiliará na compreensão de como as drogas ilícitas tornaram-se uma ameaça a sociedade, objeto de recursos excepcionais, tratando-se prioritariamente como uma questão de segurança pública.

### **3.1.2- A securitização das drogas ilícitas**

A Teoria da Securitização é utilizada como forma de entendimento do processo de proibição de determinadas drogas e, de como algumas políticas públicas, abordam o tema como uma ameaça ao Estado e a sociedade. Em regimes democráticos, a securitização é aplicada através da produção de inseguranças. Mais especificamente, entende-se que determinadas drogas oferecem um risco a sociedade. Estabelece uma justificativa aos olhos dos cidadãos, justificando a implementação de técnicas de controle (STASIULIUS; ROSS, 2009).

Essa teoria desenvolveu-se compreendendo a análise de assuntos correlatos ao campo das Relações Internacionais, relacionados à segurança internacional. Porém, também é utilizada para análise de pesquisas relacionadas às drogas ilícitas, mesmo que dentro da área de segurança pública. Entende-se que drogas ilícitas (objeto da política de drogas do Brasil e, foco dessa dissertação), foram tratadas, desde a aplicação da abordagem proibicionista no início do século XX, como um tema transnacional.

Ressalva-se que, o contexto pós-Guerra Fria (1947-1991), foi um período de mudanças na sociedade e nas análises feitas pelas Teorias de Relações Internacionais, principalmente nos estudos de segurança internacional. É neste contexto que as variações do Construtivismo surgem e colocam em questionamento o *mainstream* do campo, até então dominado pela Teoria Neorrealista, que considera o Estado como único ator importante das

Relações Internacionais e, os assuntos militares como sendo os únicos a fazerem parte da agenda de segurança.

Os estudos da Escola de Copenhague fazem parte da corrente Construtivista, apontando a importância da “construção social do conhecimento e a construção social da realidade”, diferente da Teoria Realista e Neorrealista que apontam a existência de ameaças objetivas nos estudos de segurança. Assim, para a Teoria da Securitização qualquer assunto pode entrar na agenda de segurança, pois as ameaças são socialmente construídas (DUQUE, 2009). De acordo com Buzan, Waever e Wilde (1998, p.23):

Em teoria, qualquer questão pública pode se localizar no espectro que vai de não politizada (ou seja, o Estado não lida com isso e não é, em qualquer outra forma, uma questão de debate público ou decisão pública) para o politizado (significando que o assunto faz parte da política pública, exigindo decisão do governo e alocação de recursos ou, mais raramente, alguma outra forma de governo comunal) para securitizado (significando que o problema é apresentado como uma ameaça existencial, exigindo medidas de emergência e justifica ações fora dos limites normais de procedimento político).<sup>11</sup>

Um assunto passa a fazer parte da agenda de segurança devido a um ato de fala. Este é produzido por um ator securitizador que visa apresentar um assunto como uma ameaça existencial, para que assim este possa ser resolvido com prioridade, perpassando as políticas que seriam adotadas normalmente. Para que o processo de securitização seja possível, torna-se necessário, além do ator securitizador e do objeto a ser securitizado, uma sociedade que legitime o discurso de securitização, deixando de lado as regras para que políticas emergenciais, como o uso da força, sejam tomadas para resolver tal ameaça.

Para compreender as dinâmicas de securitização é necessário identificar quem securitiza (geralmente, líderes políticos, lobistas, grupos de pressão, etc); sobre qual tema (ameaças); os objetos referentes, sendo aquele que está sendo ameaçado (tradicionalmente o Estado); por qual motivo; os atores funcionais, que são aqueles que afetam a dinâmica de um setor; quais resultados e sobre quais circunstâncias. Assim, para estes autores, um determinado assunto começa a ser securitizado através de um “ato de fala”,

---

<sup>11</sup> Tradução da autora.

principalmente quando os agentes securitizadores forem representantes do Estado e, assim, tiverem o poder de implementar demandas geradas a partir deste ato de fala (BUZAN; WAEVER; WILDE, 1998; DUQUE, 2009).

Crick (2012), por exemplo, utiliza esta Teoria para analisar os discursos que aconteceram nas Conferências de 1961 e 1988 na Organização das Nações Unidas, identificando, respectivamente: ameaça existencial, medida extraordinária tomada e audiência. Na primeira conferência a “humanidade” seria o objeto referente; o “mal” do vício em drogas seria a ameaça; a proibição global através do regime internacional seria a medida extraordinária a ser tomada e, os países presentes na Conferência, seriam a audiência. Já na segunda Conferência a sociedade e a segurança nacional estariam sob ameaça; produção, tráfico de drogas e ligações com o crime organizado e terrorismo, seriam as ameaças; a solução seria uma maior militarização das estratégias de aplicação da lei e erradicação e, por fim, os membros presentes na conferência no âmbito das ONU seria a audiência. Assim, essa Teoria torna-se importante para que se entenda a securitização das drogas no Brasil como um mecanismo presente durante o período de análise desta pesquisa.

Após o entendimento da abordagem proibicionista e como está afetou a criação de políticas públicas sobre drogas, no próximo subcapítulo será exposta a abordagem antiproibicionista e como tem influenciado a criação de política sobre o tema.

### **3.2- A abordagem antiproibicionista**

A abordagem antiproibicionista apresenta autores, reflexões e conceitos visando uma alternativa a guerra às drogas, tanto no campo da segurança pública quanto no de saúde pública. Busca-se expor o conceito de segurança cidadã, como uma contrapartida ao conceito de segurança absorvido pela abordagem proibicionista, qual seja, aquele focado na proteção do Estado. E na saúde pública expõe-se o conceito de redução de danos como contrapartida a abordagem do proibicionismo que é focada na abstinência e no tratamento do usuário como um doente.

A exposição e o entendimento da abordagem antiproibicionista, suportada pelos conceitos de segurança cidadã e redução de danos, servirá de

ferramenta para o estudo de caso que será exposto no capítulo quatro, compreendendo a influência desta abordagem na formulação da política de drogas no Brasil.

Entende-se que a adoção de políticas proibicionistas gera, por um lado a clandestinidade de certas substâncias e, por outro, não evita sua utilização, tornando mais difícil o seu controle (MACRAE, 1996).

As duas principais premissas proibicionistas são criticadas por Fiore (2012): a primeira de que o uso de determinadas drogas é dispensável e danoso à saúde e, a segunda, que o Estado deve punir o tráfico, sendo o consumo de drogas questionado. Diversas drogas psicoativas sem aplicação médica são altamente consumidas como: café, chás, energéticos, dentre outras, sendo uma escolha do indivíduo a sua utilização ou não. Da mesma forma que drogas com aplicação médica possuem efeitos colaterais e são altamente consumidas (como é o caso dos analgéticos), as drogas legais e ilegais não são prescindíveis. Entende-se que são utilizadas por diferentes motivações pelos seres humanos, no decorrer da história, como para controle de doenças e socialização. A alteração destes hábitos pelo Estado deveria garantir a liberdade e direitos individuais, devendo ser questionada (FIORE, 2012).

Além disso, a proibição de determinadas drogas não terminou com os hábitos e práticas sociais, relacionados ao uso, em todos estes anos de guerra às drogas. Ao contrário, criou a figura do traficante e do usuário, enquadrando em grande medida um problema de segurança pública, sendo o tráfico de drogas objetivo primordial de combate para o Estado (RODRIGUES e LABATE, 2016).

Em concordância com Carneiro (2018), a proibição também gerou o que ele chama de hipertrofia no valor de uso, no valor de troca e no valor de signo. A hipertrofia no valor de uso se dá a partir do “fetichismo da mercadoria<sup>12</sup>”, na medida em que atualmente são cada vez mais utilizadas. A hipertrofia do valor de troca é resultado não somente do custo de produção e de um aumento na demanda, mas também, do sistema que o proibicionismo

---

<sup>12</sup>A mercadoria é um objeto externo que satisfaz as necessidades humanas nas suas diversas formas, sejam elas originadas no estômago, na fantasia ou tendo qualquer outra natureza (MARX, 2013).

cria, visando um mercado ilícito, monopolizado, sem um controle estatal e gerador de violência. Por fim, gera a hipertrofia de signo, tornando o tema das drogas ilícitas um tabu, sendo para alguns “alimentos dos deuses” e para outros “objeto do mal”, na qual para este último é o inimigo principal a ser combatido é o traficante<sup>13</sup>.

Mas é justamente a supressão da primeira premissa — a punição aos consumidores de drogas — que pode ensejar uma atuação não só mais justa, como mais eficaz. Reconhecendo que as drogas continuarão a existir, o Estado deve promover outros controles sociais e promover o autocuidado, as melhores formas possíveis de prevenção e redução de danos, ignoradas pelo proibicionismo (FIORE, 2012, p. 14).

Bastos (2015) aponta que a abordagem antiproibicionista significa a admissão de uma política de drogas mais humana e, ao mesmo tempo, pragmática. Porém, segundo ele esta abordagem está longe de se tornar global, restringindo-se ao ocidente de forma ainda tímida. De acordo com o autor, uma reforma viável relaciona-se com a *cannabis* em consequência de suas propriedades medicinais, industriais e da própria percepção dos referendos que ocorrem nos EUA. Apesar da guerra às drogas, promovida pela política externa estadunidense, existe uma regulamentação em diversos estados para uso medicinal e recreativo da maconha.

Portugal é outro país onde é possível verificar a mudança na relação entre o Estado e os usuários, regulamentando, desde 2001, o consumo e o porte de todas as drogas, bem como investindo em ações e medidas no campo da saúde pública, ao invés de focar no âmbito da segurança pública (SANTOS; MIRANDA, 2016). No Uruguai, em janeiro de 2014, entrou em vigor a lei nacional que regulamentou a legalização da *cannabis* e, em 2017, teve início a venda em farmácias. Em 2019, o Canadá também legalizou o uso e a venda da maconha para fins recreativos.

Apontar para a Redução de Danos (RD), mantendo o consumo como um crime, é apenas uma “modernização da premissa proibicionista”, identificando o narcotráfico, juntamente com o mercado ilegal de armas, como o maior do mundo (FIORE, 2012).

---

<sup>13</sup>Para Carneiro (2018) prova disso é a aprovação no Congresso Nacional do Brasil de um projeto de lei que torna mais elevadas as penas para os traficantes de drogas do que aquelas dadas aos que cometem homicídio.

Para essa pesquisa, entende-se que apesar da RD ainda se encontrar ligada com a repressão na área da segurança (no conceito tradicional), na maior parte dos casos, esta é parte do processo para a implementação de uma abordagem antiproibicionista. Da mesma forma acredita-se que a implementação de políticas públicas na área da segurança que abranjam não somente o combate ao tráfico de drogas por meio da repressão, mas que envolvam também políticas que ofereça maior acesso a serviços essenciais aos cidadãos. Um exemplo (no sentido mais amplo de segurança) é parte da abordagem antiproibicionista que contribui para o avanço no tema.

Acredita-se que a mudança de abordagem é lenta, envolvendo mudanças em diferentes níveis que formam o proibicionismo. Atualmente estes níveis consistem, de acordo com a Narcoanálise: moral, sanitário, segurança pública, segurança nacional e segurança internacional. Como afirma Goulão (2015) essa é uma mobilização de reforma e não de revolução.

A RD constitui-se como um enfrentamento as políticas tradicionais de guerras às drogas que, de forma majoritária, tratam o usuário de drogas como um delinquente (necessitando de encarceramento) ou, como um doente que necessita de internação em prisões, manicômios e comunidades terapêuticas que são guiadas pela moral religiosa (PASSOS; SOUZA, 2011). Representando uma alternativa a abstinência que é a base das políticas da área da saúde advindas do proibicionismo. E a Segurança Cidadã é uma alternativa as ações focadas no combate ao tráfico e produção como únicas formas de oferecer segurança aos cidadãos, pois a Segurança Cidadã compreende que a segurança não depende somente da ausência de um perigo iminente, traz outros fatores de extrema importância, como será visto. Para melhor compreensão, estes dois conceitos serão trabalhados nos próximos subcapítulos.

### **3.2.1- O antiproibicionismo na saúde pública: redução de danos**

Neste subcapítulo será exposto o conceito de redução de danos, que compõe a abordagem antiproibicionista no campo da saúde pública, sendo uma alternativa às políticas focadas na abstinência.

Esta alternativa as medidas propostas pela abordagem proibicionista no campo da saúde diz respeito às estratégias que buscam diminuir os danos

causados pelo consumo de determinadas substâncias (GUANABARA, 2004). A Redução de Danos é utilizada especificamente para as ações, programas e políticas desenvolvidas na área da saúde que visam a diminuição dos riscos (psicossocial, biológico e econômico) que podem ser provocados pela utilização de drogas lícitas e ilícitas sem a obrigatoriedade do usuário reduzir ou parar a utilização de tais substâncias (ANDRADE, 2004). Com essa estratégia o agente redutor não demonstra posicionamentos ideológicos a favor ou contra a utilização de drogas (DIAS, 2008). Assim, o ponto alvo da abordagem proibicionista que consiste em um mundo livre de drogas ilícitas é substituído pela política de redução de danos (AGRA, 1996).

Ressalva-se que a Redução de Danos se orienta por três fatores determinantes: pragmatismo, tolerância e diversidade (ANDRADE, 2004). É pragmática por essência, pois possui medidas claras como a prevenção de infecções por HIV e,

[...] quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito, mantém-se firme como prática de saúde pública, cujo objetivo maior é preservar a vida de milhares de pessoas expostas a estas infecções durante o ato de consumir drogas ou devido aos estados alterados de consciência por elas propiciados, e que não desejam, ou se desejam não conseguem, através dos recursos habitualmente disponíveis, abandonar o seu consumo (ANDRADE, 2004, p. 88).

A tolerância é verificada ao respeito à liberdade de utilização de consumo e,

[...] direito este, algumas vezes, resguardado na própria legislação em vigor, mas interdito pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas ilícitas, os quais de certa forma dão respaldo às arbitrariedades cometidas contra usuários de drogas, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum, proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância ainda que supostamente lhe sejam nocivos, como é o caso da Legislação Brasileira e de muitos outros países (ANDRADE, 2004, p. 88).

Primordial também é a diversidade, devido às diferentes ações que devem ser desenvolvidas compreendendo os diversos grupos de usuários. Como exemplo a este fator, têm-se: distribuição de seringas; ações de agentes de saúde; salas permitidas para utilização de drogas e cuidados de prevenção; substituição de drogas menos prejudiciais à saúde através de terapias; prescrição de drogas através de serviços públicos fazendo com que o

consumidor não tenha mais a intermediação do tráfico de drogas; utilização de substitutos de cigarros, como os adesivos, entre outros (ANDRADE, 2004).

As primeiras ações de RD tiveram início em 1926 com o Relatório *Rolleston*, ao qual instituiu o direito dos médicos ingleses de prescrever aos usuários de opiáceos esta droga, observando esta ação como um tratamento e não um incentivo ao seu uso. O início deste tratamento se deu após as tentativas fracassadas do tratamento pela abstinência (BRASIL, 2001).

Apesar disso, ações de RD ganharam evidência apenas nos anos 1980 na Europa, EUA e Austrália, ligadas a alta taxa de transmissão de hepatite e AIDS entre os usuários de drogas injetáveis (UDI) (SANTOS; MIRANDA, 2016). Junto à implantação das ações e programas de RD em diversos países, também foram criadas modalidades com o objetivo de regulamentar o consumo de determinadas drogas como: *coffee-shops*, prescrições médicas de heroína e metadona, máquinas de seringas, entre outros (CONTE, 2001).

A RD no Brasil foi instituída, pela primeira vez, em 1989, no município de Santos em São Paulo - devido ao alto índice de transmissão de HIV entre os usuários de drogas injetáveis - através do estímulo do hipoclorito de sódio para desinfetar agulhas e seringas entre os usuários. Este direcionamento foi adotado após uma ordem judicial contra David Capistrano, secretário municipal de saúde e Fábio Mesquita, coordenador do programa de DST/AIDS, apontados como incentivadores do uso de drogas e que proibiu os profissionais de saúde de fornecer seringas aos UDI. Nessa época, Santos era tida como a “capital da AIDS”, onde dados epidemiológicos apontavam que o compartilhamento de seringas, para utilização de drogas injetáveis, eram responsáveis por 51% dos casos de contaminação por HIV/AIDS (MESQUISTA, 1994).

Mesmo que este período seja conhecido como o início da aplicação de uma política de RD no Brasil, é possível verificar os embates recorrentes da aplicação desta política e forças conversadoras. A proibição da distribuição de seringas foi entendida como uma retaliação por parte de forças conservadoras favoráveis a guerra às drogas. A dificuldade para a implementação dessa política no Brasil se dava em decorrência da conexão/disputa entre o poder psiquiátrico e o direito penal, tendo início no século XIX, enquadrando o usuário

como passível de cadeia ou sujeito a internação em hospício (PASSOS; SOUZA, 2011).

A produção histórica do estigma do usuário de drogas como uma figura perigosa ou doente nos permite compreender parte dos problemas que a RD passa a enfrentar quando essa se torna um método de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos. [...] Em última instância, pode-se dizer que a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Assim defende-se a necessidade de se adotar tanto práticas de RD quanto aquelas voltadas à prevenção primária. Essas corresponderiam a ações direcionadas a não usuários de drogas, que hoje compreendem o foco da política de drogas no Brasil na área da saúde pública. Essa junção de práticas de RD com aquelas de prevenção primária do consumo de drogas é nomeada de Prevenção de Danos. “Trata-se de um conceito que rompe a drástica separação entre usuários e não usuários de drogas, atribuindo a ambos iguais juízo de valor enquanto merecedores de cuidados com a saúde e suporte social” (ANDRADE, 2004, p. 91).

No próximo subcapítulo, dando sequência a abordagem antiproibicionista, tem-se o conceito de Segurança Cidadã.

### **3.2.2- O antiproibicionismo na segurança pública: segurança cidadã**

Neste tópico, serão abordados conceitos relativos aos paradigmas de segurança em relação à política pública, objetivando contextualizar o debate enquanto instrumento de gestão do Estado e sociedade. Entende-se que a segurança cidadã é a contrapartida de uma perspectiva mais restrita da segurança, pois tem como fator decisivo o ser humano e suas necessidades e não somente a preservação do *status quo* estatal (AVILA, 2017).

O conceito de segurança pode ser compreendido como um significado mais subjetivo, correspondendo à sensação de ter necessidades básicas atendidas, até aquela definição mais objetiva no uso das Forças Armadas e

Forças Policiais (AVILA, 2017). Quando se adota diferentes perspectivas por parte do Estado, ocorrem influências na formulação de uma política de drogas.

Freire (2009, p.50) expõe que a configuração da política pública de segurança, no decorrer da história, precisa ser atrelada aos conceitos vigentes<sup>14</sup>, sendo eles:

1. *Segurança Nacional*, vigente durante o período da Ditadura Militar;
2. *Segurança Pública*, que se fortalece com a promulgação da constituição de 1988; e
3. *Segurança Cidadã*, perspectiva que têm se ampliado em toda a América Latina e começa a influenciar o debate em Segurança no Brasil a partir de meados de 2000.

A autora aponta que os paradigmas são não permanentes, não excludentes e existentes na formulação de futuras políticas públicas de segurança. Este fenômeno é chamado de “dependência da trajetória” por North (1990).

A dependência de trajetória é uma maneira de restringir conceitualmente o conjunto de opções e vincular a tomada de decisões ao longo do tempo. Não é uma história de inevitabilidade em que o passado prediz exatamente o futuro. [...] Uma vez que um caminho de desenvolvimento é definido em um curso específico, as externalidades da rede, o processo de aprendizagem das organizações e a modelagem subjetiva das questões derivadas historicamente reforçam o curso (NORTH, 1990 *apud* COSTA, 2019).

Um paradigma não significa uma política pública, apesar de influenciar na sua formulação. Os paradigmas “são crenças, valores e conceitos que predominam no governo e sociedade em determinado local e em determinado período” (FREIRE, 2009, p.50). Conforme explica a autora, durante a Ditadura Militar (1964-1985), foi adotado o conceito de segurança nacional, sendo prioridade a defesa do Estado e a ordem pública. Este momento da história brasileira foi caracterizado por existir censura, supressão de qualquer direito e perseguição política. O Estado atuava tendo como base a Doutrina de Segurança Nacional e Desenvolvimento (DSND) buscando alcançar e manter objetivos nacionais atrelados a defesa do Estado, evidenciado na Constituição de 1967, justificando um papel central às Forças Armadas<sup>15</sup> para a execução

---

<sup>14</sup> A autora utiliza a definição do conceito de paradigma segundo Kuhn (2003, p. 218), na qual, as formas de ver o mundo compartilhadas induzem determinados grupos em certa época.

<sup>15</sup> Um momento importante desta doutrina foi o treinamento das Forças Armadas brasileiras no *National War College*, centro de treinamento do exército dos EUA, que voltaram tendo como

desta política. O indivíduo não possuía nenhuma oportunidade de participação na formulação de políticas de segurança. O sujeito era submisso a vontade nacional e a estratégia adotada pelo Estado foi a de utilizar serviços de informação e inteligência. No caso da política de drogas do período ditatorial, foi verificada a não participação da sociedade na formulação e a repressão ao uso e ao tráfico de drogas como a principal estratégia.

Após o fim da Ditadura Militar, foi possível perceber um novo paradigma: segurança pública. Há uma inovação, se comparado ao paradigma de segurança nacional, pois apontou a segurança pública como sendo “dever do Estado e direito e responsabilidade de todos”. Separou-se o papel exercido pelas polícias, agora responsáveis pela segurança pública (violência em âmbito interno) e das Forças Armadas, responsáveis pela segurança nacional (ameaças externas) (FREIRE, 2009).

Uma mudança central ocorrida com a Constituição Federal de 1988 passou pela descentralização da segurança pública, sendo prioridade em grande medida dos estados e municípios, responsáveis pela administração das polícias civil e militar. Esta trouxe maior autonomia, mas também dificultou, de acordo com Freire (2009), a aplicação de uma política de segurança em nível nacional, mesmo com o papel de articulação atribuído ao Governo Federal. A Constituição de 1988 estabeleceu em seu artigo 144 que a “segurança pública, dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, é exercida para a preservação da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio” (BRASIL, 1988), na qual é exercida pelos seguintes órgãos:

1. Polícia Federal;
2. Polícia Rodoviária Federal;
3. Polícia Ferroviária Federal;
4. Polícias Cíveis;
5. Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares.

No artigo 142 foi estabelecido o papel das Forças Armadas, como encarregadas da soberania nacional, manutenção da segurança nacional, defesa do país e também pela salvaguarda dos poderes constitucionais. É possível verificar que no paradigma da segurança pública é dado um papel primordial as políticas para o controle e prevenção da violência, para que se

---

principal objetivo conter o comunismo e garantir a segurança do país (FREIRE, 2009).

mantenha a integridade dos cidadãos e do patrimônio. Porém, é ressaltada a preferência por políticas voltadas para a repressão da violência. O papel do cidadão é mais como um beneficiário desta política, do que participante do processo de formulação.

O tráfico de drogas neste momento passou a ser tratado como crime inafiançável com a nova Constituição, sendo o Estado obrigado a assegurar programas de prevenção e auxílio a usuários de droga. Percebe-se que, maior parte dos investimentos foram destinadas a programas de repressão (BRASIL, 1998; GARCIA; LEAL e ABREU, 2008).

Por fim, o terceiro paradigma apontado por Freire (2009), o da segurança cidadã, surge na década de 1990 na América Latina e possui como pilar a aplicação de forma integrada de políticas setoriais na esfera local. Este conceito foi aplicado primeiramente na Colômbia, em 1995, na qual obteve importantes resultados na prevenção e controle da criminalidade. A segurança cidadã refere-se à eliminação da violência e ameaça a população buscando uma sociedade pacífica e segura. Sendo um direito exigível perante o Estado, o foco da formulação de políticas neste caso é o bem estar dos cidadãos e para isso é fundamental a participação destes (ACERO, 2006).

Além disso, entende-se que o conceito de segurança cidadã compreende a violência como uma natureza multicausal. Dessa maneira, percebe-se que as políticas públicas devem estar integradas, tendo como foco o nível local. Além do mais, devem envolver diferentes instituições públicas com a inclusão de diferentes áreas, como: educação, cultura, saúde, esporte, cidadania, dentre outras e a sociedade civil (FREIRE, 2009).

Autoridades locais devem ter o principal papel na formulação de políticas, pois estão mais próximas na vida cotidiana da população e das suas problemáticas de convivência e segurança, enquanto as autoridades nacionais são responsáveis pela definição de linhas mais gerais de ação que abarcam todo o território estatal (ACERO, 2006).

Segundo o relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH, 2009), a segurança cidadã tem como finalidade o fortalecimento da ligação básica entre segurança e direitos humanos. Porém, na América Latina pairam dúvidas sobre políticas que envolvam o tema, pois não existem tratados internacionais que assegurem, ou mesmo fortaleçam, o direito a segurança

cidadã. No mesmo relatório há duas definições de segurança cidadã, uma mais ampla, na qual são incorporadas ações que garantem direitos humanos como saúde, educação, trabalho, segurança social, etc; e uma mais restrita referindo-se a interferências policiais e judiciais. Portanto, “a segurança cidadã, assim, se presta para o aprofundamento da segurança humana<sup>16</sup>, como garantia da cidadania e dimensão do desenvolvimento humano” (AVILA, 2017, p. 27).

Contextualizando, a formulação de políticas baseadas na segurança cidadã não leva em consideração somente a ótica estatal, mas também a da sociedade.

Pressupõe a interação de atores múltiplos, bem como diferentes fatores e condições, incluindo a história e a estrutura do Estado e da sociedade, políticas e programas dos governos e a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais, bem como a interação a acontecimentos nos âmbitos regional e internacional. [...] Todavia, seu emprego, sem que haja a devida contextualização de seu conteúdo material faz com que fique à disposição de pautas de exercício de poder e/ou securitização (AVILA, 2017, p. 32).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) este modelo é composto por cinco categorias de intervenção (PNUD, 2005, p.9). São elas:

1. As dirigidas ao cumprimento voluntário de normas;
2. As que buscam a inclusão social e a diminuição de fatores de risco (álcool, drogas, armas, etc);
3. As que têm como propósito a melhoria dos contextos urbanos associados ao medo e ao perigo real (recuperação de espaços públicos);
4. As que facilitam o acesso dos cidadãos a mecanismos institucionais e/ou alternativos de resolução de conflitos; e
5. As que possuem foco na construção de capacidades institucionais, melhoria da eficácia policial e das autoridades executivas ou judiciais e da confiança dos cidadãos em tais instituições.

A CIDH (2009) aponta alguns deveres que os Estados devem cumprir em consonância com os preceitos da segurança cidadã, como a implementação de ações para prevenir o ataque aos direitos à integridade física e à vida, considerando ações e planos.

---

<sup>16</sup> O termo Segurança Humana foi citado pela primeira vez em 1994 no relatório de Direitos Humanos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como um fator necessário e inevitável ao desenvolvimento humano, a Segurança Humana não é somente uma questão de segurança física, mas também o fortalecimento das instituições democráticas e do Estado de Direito, possibilitando aos cidadãos as condições necessárias para o seu desenvolvimento pessoal, social e familiar (SERRATO, 2007).

No Brasil, em 2003, a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) deu início ao projeto de cooperação técnica, contemplando os princípios da “segurança cidadã”, tendo a cooperação da ONU e de técnicos colombianos, demonstrando a transição para este novo paradigma. Nota-se que há uma grande mudança conceitual no paradigma da segurança cidadã, consistindo como objetivo principal a proteção da cidadania, permanecendo a proteção à vida e à propriedade já existente no paradigma da segurança pública. Também é dado um novo foco a prevenção da violência, que ao lado do controle, compõe técnicas múltiplas para tratar a violência (FREIRE, 2009).

De acordo com Avila (2017) o relatório da CIDH demonstra o caráter multidimensional da segurança cidadã, percebendo-se que os Estados Latino-americanos possuem uma dificuldade de implementação em muitos aspectos. Ressalva-se que seus princípios são próprios dos Estados Democráticos de Direito e muitas das concepções hoje implementadas em políticas públicas, ainda remetem a períodos de uso indiscriminado das forças por parte de Estados autoritários.

Conforme a CIDH (2009) é dever dos Estados investigar delitos, apurar responsabilidades e dar atenção às vítimas, principalmente quando se tratar de grupos vulneráveis. Além do mais, as forças policiais devem ser modernizadas, para que tenham exclusividade para atuar em meio a tarefas de segurança cidadã (segurança interna), anulando a intervenção de Forças Armadas nestas tarefas (estas seriam responsáveis apenas pela segurança nacional).

A Constituição de 1988 foi um marco para a construção das políticas públicas no Brasil, não somente as de segurança, mas também para outras políticas públicas. A partir deste marco, tendências relacionadas com a evolução das políticas públicas, da área social, se relacionam de forma mais abrangente, com as políticas públicas na área de segurança. Compreende, portanto: “(1) reconhecimento e a ampliação de direitos de cidadania (políticos, civis, econômicos e sociais); (2) descentralização federativa; e (3) debate sobre universalização *versus* focalização em políticas públicas” (FREIRE, 2009, p.55).

Com o contexto pós-implementação da Constituição de 1988, justifica-se a possibilidade de participação dos cidadãos, tendo como exemplo, os conselhos de políticas públicas. O papel dos estados e municípios aumenta na

criação e implementação de políticas públicas, principalmente nas áreas de saúde e educação. A Constituição fortalece a universalização destas políticas, apesar de existir o debate sobre a melhor forma de atuação (universalização ou focalização em populações específicas).

Portanto o conceito de segurança cidadã em conjunto com o conceito de redução de danos são correspondentes a base para análise da influência do antiproibicionismo na construção da política de drogas no Brasil. O conceito de segurança cidadã será utilizado especificamente para a verificação entre o marco temporal analisado e como ocorreu a implementação na política de drogas a partir de um conceito de segurança focado no cidadão.

#### **4- Estudo de Caso da Política de Drogas no Brasil**

Neste capítulo é feito o estudo de caso da política de drogas em âmbito nacional no Brasil de 1998 até 2006, majoritariamente através da análise da legislação de drogas no país formulada e aprovada neste período. É importante destacar que no marco temporal de análise tem-se dois governos federais: até 2002 o de Fernando Henrique Cardoso e de 2003 ao restante da análise o governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Antes do início do estudo de caso tem-se o primeiro subcapítulo dedicado a contextualização histórica da política de drogas no Brasil. Procurou-se demonstrar como ocorreu a reformulação no sistema de drogas implementado durante a Ditadura Militar brasileira, decorrente dos principais acontecimentos que marcaram a formulação da política de drogas no país.

A segunda seção configurou-se no estudo do caso da política de drogas no Brasil através do entendimento e estruturação dos órgãos responsáveis pela política de drogas e suas mudanças. O início do marco temporal deu-se em 1998, correspondendo ao início da substituição do antigo sistema de drogas criado durante a ditadura militar pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A parte final do estudo compreende o ano de 2006, sendo o período de implementação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

##### **4.1- A ação do Estado brasileiro no decorrer da história frente ao tema das drogas**

Para que se entenda a Política sobre Drogas no período estudado é necessário compreender a evolução do proibicionismo em território nacional. As primeiras intervenções do Estado brasileiro são estabelecidas com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a começar o controle do uso e do comércio de drogas (MOTA e RONZANI, 2013; MACHADO e MIRANDA, 2007).

O proibicionismo e a chamada guerra às drogas<sup>17</sup> foram absorvidos pelos diferentes governos do Brasil, signatário das Convenções da ONU sobre

---

<sup>17</sup> O termo Guerra às drogas (*War on Drugs*) significa o modelo de enfrentamento ao “problema

essa temática, incorporando recomendações em sua política interna de drogas. Historicamente a legislação do Brasil esteve disposta aos moldes repressivos exigidos pelas Nações Unidas (BOITEUX, 2006).

Sabe-se que o Brasil é cada vez mais importante no comércio internacional de drogas ilícitas, não somente como país de trânsito, mas também como grande centro de produção e consumo, sendo local do processamento, importação e exportação de diferentes tipos de drogas ilícitas. Estima-se que o país seja o segundo maior consumidor de cocaína do mundo, abrigando organizações criminosas com alto grau de estruturação, envolvidas com o narcotráfico (PROCÓPIO FILHO; COSTA VAZ, 1997; OLINGER, 2005; AMERIPOL, 2013). O Estado brasileiro foi o segundo país mais citado como fonte de 16% da cocaína apreendida na Europa, seguido por Colômbia, com 20%. Também é o único país apontado nas apreensões dessa droga na África e o mais referido nas apreensões no Oriente Médio e na Ásia (UNODC, 2018). Ressalta-se que o país é detentor de uma Zona Costeira (ZC) de extensão superior a 8.200 km, levando-se em conta os recortes litorâneos, como baías e reentrâncias e uma fronteira terrestre de 16.886 km, fazendo fronteira com nove países da América do Sul, sendo três deles produtores de coca: Colômbia<sup>18</sup>, Peru e Bolívia (BRASIL, s.d; FAGUNDES, 2019).

Entre organizações criminosas que possuem alcance nacional e internacional, menciona-se o Primeiro Comando da Capital (PCC) e o Comando Vermelho (CV)<sup>19</sup>. O PCC é a organização criminosa com maior relevância no Brasil, tendo surgido em 1993 na Casa de Custódia de Taubaté em São Paulo, adquirindo conexões internacionais e poder econômico advindo do tráfico de drogas. O Comando Vermelho surgiu nos anos 1970, durante a Ditadura Militar, devido à convivência de presos comuns com presos políticos no Rio de Janeiro. Com o decorrer do tempo, expandiu e estabeleceu conexões que perpassaram as fronteiras do Brasil. As duas organizações

---

das drogas”, focado em estratégias de intervenção utilizando um aparato repressivo militar (LEAL, 2017).

<sup>18</sup> Segundo o relatório de 2018 da UNODC estimasse que a Colômbia seja responsável por 70% da produção de cocaína no mundo (UNODC, 2018).

<sup>19</sup> É possível apontar a existência de mais de 20 organizações criminosas em nível estadual ou local, entre as principais: Amigos dos Amigos (ADA), Primeiro Grupo Catarinense (PGC), Terceiro Comando Puro (TCP), Guardiões do Estado do Ceará, Bonde dos 40 e o Sindicato do Crime de Rio Grande do Norte (SAMPÓ, 2018).

foram criadas dentro do sistema carcerário brasileiro e foram financiadas, em grande parte, devido ao comércio de drogas ilícitas (DIAS, 2011; SAMPÓ, 2018; 2019).

Portanto, tendo o Brasil assumido uma determinada proeminência na rota do narcotráfico, as expectativas para a consolidação de políticas públicas eficazes no enfrentamento consolidaram-se tanto internamente quanto externamente (PROCÓPIO FILHO; COSTA VAZ, 1997). De forma mais expressiva, no início do século XX, a legislação e as políticas públicas sobre a questão das drogas foram motivadas por fatores internos e externos (Convenções, Resoluções e Programas da ONU, influência dos EUA, etc).

Porém, no século XVII as Ordenações Filipinas representaram o primeiro registro penal que abordou a questão das drogas no Brasil, versando sobre a venda e importação de opiáceos, dentre outras substâncias (PIERANGELI, 2001). Consta no livro V, Título LXXXIX “que ninguém tenha em sua casa rosalgar, nem a venda nem outro material venenoso”, na qual a pena para aqueles que não respeitassem esta lei, correspondia a perda de sua fazenda ou deportação para África (BRASIL, 1603). Assim, neste momento é inaugurado o termo “substâncias venenosas” (CARVALHO, 2007). As Ordenações Filipinas tiveram vigência no país até a formulação do Código Penal do Império, em 1830, exemplificando que o texto não abordava a problemática sobre entorpecentes, que voltou a ser abordado somente pelo Regulamento de 29 de setembro de 1851 (GRECO FILHO, 2011).

O Código Criminal de 1830 do Império, aprovado por Dom Pedro I, não abordou a assunto drogas ilícitas. Estas foram tratadas somente no Decreto nº 828 de 1851, disciplinando a questão das drogas através da polícia sanitária e da proibição da venda de determinadas substâncias (BRASIL, 1851).

Após a proclamação da República em 1889, o Decreto 847 de 1890 abordou o “tráfico de entorpecentes” como um crime contra a saúde e a tranquilidade pública (BRASIL, 1890).

Para exemplificar o proibicionismo no Brasil cita-se a heroína. Esta droga começou a ser apontada como um problema de saúde pública em 1910 quando prostitutas e cafetões começaram a utilizá-la, passando assim a ser considerada a droga de cafetões e prostitutas. Ao deixar de ser utilizado apenas pela “boa sociedade” passando para as classes “inferiores” a questão

passa a ser vista como uma epidemia e também como “caso de polícia”. (RODRIGUES, 2004; 2008). Essa problematização foi aos poucos incluindo também outras drogas, que passaram a ser controladas não somente em nível nacional mas também internacionalmente através das Convenções que abordaram o tema (BOITEUX, 2009).

A partir da participação do Brasil na Convenção de Haia, também conhecida como Convenção do Ópio de 1912 e a assinatura do país no protocolo em 16 de outubro de 1912, foi possível verificar o início do alinhamento da sua legislação nacional ao regime internacional de drogas. O Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915 promulga a Convenção Internacional do Ópio e o protocolo de encerramento, nas quais sugere que as medidas aprovadas, “sejam executados e cumpridos tão inteiramente” conforme a Convenção, visando proibir os abusos de ópio e seus derivados, assim como da cocaína (BRASIL, 1915).

Ainda sob influência da Convenção de Haia, buscando um controle cada vez maior sob o consumo de substâncias entorpecentes no Brasil, em 1921 o Decreto nº. 4.294 regulamentado pelo Decreto nº. 14.969 do mesmo ano, instituiu pena de um a quatro anos de prisão para aqueles que praticam a venda de ópio, cocaína, morfina e derivados. Este Decreto também determinou o estabelecimento de uma instituição específica para internação de usuários de álcool ou demais substâncias entorpecentes; elaborou normas com o fim de obter o controle do comércio dessas substâncias, assim como a indispensabilidade de prescrição médica (BRASIL, 1921a; 1921b).

Em 1936 foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), primeiro órgão público responsável pela política de drogas em extensão nacional. Era composto preliminarmente por um representante dos seguintes Ministérios: Relações Exteriores, Fazenda, Justiça, Agricultura, Trabalho, Educação e Saúde Pública. Fazia parte também: um Procurador dos Feitos de Saúde Pública, um representante da Polícia do Distrito Federal e um médico representante de hospitais de tratamento de toxicômanos (CARVALHO, 2013). De acordo com Adiala (1986) a CNFE institucionalizou o combate as substâncias entorpecentes em âmbito nacional.

Em 1938, é promulgada a Convenção para representação do tráfico ilícito das drogas nocivas, firmado pelo Brasil em Genebra em 1936, na qual os

países signatários se comprometem com a punição severa, sob pena de prisão os seguintes atos: “fabricação, transformação, extração, preparação, detenção, oferta, exposição à venda, distribuição, compra, venda, cessão sob qualquer título, corretagem, remessa, expedição em trânsito [...]”, dentre outros. Este foi primeiro ato internacional sobre drogas na qual o Brasil aderiu (SILVA, 2013).

Ainda em 1938, a CNFE um ano após o fechamento do Congresso Nacional, no governo de Getúlio Vargas, sancionou a primeira legislação sobre fiscalização de entorpecentes por meio do Decreto Lei Nº 891, formulando ações de prevenção, tratamento e repressão de drogas no país, com vigência até 1970 (BRASIL, 1938). Este Decreto-Lei, incorporado ao Código Penal de 1941, objetivava conter comportamentos desviantes, principalmente de trabalhadores no governo de Getúlio Vargas (GARCIA; LEAL e ABREU, 2008). O Estado buscava envolver a sociedade para que junto com instituições religiosas, educacionais, empresas, etc, promovesse uma “cruzada” contra as drogas (MATOS, 2000). O momento político do Brasil e de guerra às drogas no âmbito internacional pode ter influenciado a concepção criminalizadora (LEAL, 2006).

Fora do domínio governamental (mas com influência), as campanhas antialcoólicas, eram expressivas e tinham por trás do discurso médico, pontos de normatização de um perfil ideal de trabalhador, que não deveria fazer uso de drogas tidas como “ruins”. Essa perspectiva criminalizadora era repassada à população por meio de palestras, cartazes e da Semana Antialcoólica. Era dessa forma que o Estado envolvia a sociedade. A Semana Antialcoólica foi criada pela União Brasileira Pró-Temperança, em 1950, ganhando o título de instituição de utilidade pública. A União Brasileira Pró-Temperança (parte da *World's Women's Christian Temperance Union*) foi instaurada em 1925 e tinha como pauta principal o fomento ao antialcoolismo através de medidas assistenciais (MUSUMECI, 1994; MATOS, 2000).

Além deste movimento, existiam a Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Brasileira de Higiene Mental e a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, sendo todas essas organizações marcadas pelo seu caráter moralista e higienista. Salieta-se que, em sua maioria, eram lideradas por psiquiatras e membros da elite médica buscando regularizar as formas de viver dos indivíduos (SOUZA; BOARINI, 2008; MUSUMECI, 1994).

Campanhas públicas criadas por grupos de mulheres católicas e outras associações conservadoras exerceram pressão para que houvesse a aprovação de leis mais rígidas (CARNEIRO, 2002; RODRIGUES; LABATE, 2016). A reação moral da sociedade alimentou, no decorrer da história, políticas de criminalização que buscavam soluções para a violência, não sendo diferente no caso de algumas drogas (MISSE, 1997). Assim a sociedade e, principalmente o Estado, tiveram um papel central neste empenho contra as drogas ilícitas (MATOS, 2000). Becker (2008) chama o movimento de “empreendedores morais” ou “reformadores cruzados”, expressões criadas para se referir àqueles que acreditavam na criação de regras a partir de valores morais, não levando em consideração valores de pessoas que não compartilhassem da mesma perspectiva.

O tema das drogas até a década de 1960 e as alterações feitas no Código Penal direcionava-se a punição daqueles que comercializassem e produzissem determinadas substâncias. Porém, com a Ditadura Militar ocorreram mudanças significativas na forma de tratar essa temática (OLINGER, 2005).

Em consonância com a política mundial de drogas que ganhou força no século XX, o Brasil como signatário das Convenções da ONU, incorporou mudanças ao seu ordenamento jurídico. A Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes (1972) e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988) possuem força de lei no país, sendo absorvidas pelo Decreto nº 54.216 (1964), pelo Decreto nº 79.388 (1977), pelo Decreto nº 76.248 (1975) e pelo Decreto nº 154 (1991) (BRASIL, 2003). Estes decretos executam e cumprem as Convenções em sua essência, segundo a própria letra da lei (BRASIL, 1964; 1977; 1975; 1991) mostrando o total alinhamento com o regime internacional de combate às drogas.

As incorporações das Convenções da ONU estavam em grande medida ligadas ao momento interno do Brasil, mesmo sob Regime Militar. Neste momento, ocorreu a aproximação da temática drogas e segurança nacional, verificada através do Decreto-Lei nº 200, de 1967. Á época houve a mudança da nomenclatura e funções do Departamento Federal de Segurança

Pública para Departamento de Polícia Federal (DPF), delegando funções ao combate do tráfico internacional de drogas em consonância com as convenções internacionais (LIMA, 2009).

Sob este prisma, foi criada a Lei Antitóxicos de 1971, aumentando a pena para traficante e usuário. Esta lei surgiu após o governo militar priorizar a repressão às drogas ilícitas através da incorporação da Convenção de 1961 e das competências designadas à DPF na Constituição Federal de 1967. Também foi levado em consideração o momento internacional, através da incorporação de recomendações da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 (BRASIL, 1971).

Com o contexto internacional da Guerra Fria e da produção das convenções da área das drogas, o Brasil apresentava um território profícuo para sua incorporação a partir do golpe militar, tornando essas convenções os instrumentos normativos e jurídicos para a tomada de decisões na agenda pública nacional. Diante de uma agenda internacional da área pautada pelas Nações Unidas, em que se tem uma ampliação do rol das drogas controladas no início da década de 1970, o Brasil inicia uma revisão da Lei Antitóxico, justamente, para “aperfeiçoá-la” à luz do proibicionismo, agora, multilateral (LIMA, 2009, p. 111).

No período de 1961 a 1974, prisões relacionadas ao tráfico ou uso de drogas ilícitas no Brasil aumentaram de 649 para 1.611, representando um aumento de 148%, de acordo com o Anuário Estatístico do Brasil (IBGE, 1961; 1974).

Em 1976, com a consolidação da Lei N.º 6.368, tida como a consolidação total do paradigma proibicionista, formulada durante o governo de Ernesto Geisel, foram “acompanhadas as orientações político-criminais dos países centrais refletidas nos tratados e convenções internacionais” (CARVALHO, p. 19). Uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional obteve grande peso na formulação desta lei, aberta em 1973, logo após a morte de duas crianças em Brasília vítimas de crimes relacionados às drogas. A proposta final da CPI foi incorporada em grande medida à Lei N.º 6.368 de 1976 (AMUY, 2005). Durante este período as ações governamentais tiveram como objetivo a repressão do tráfico e do consumo, mandando para a prisão os agentes destas duas ações (GARCIA, LEAL e ABREU, 2008).

Ressalta-se que a Lei N.º 6.368 de 1976 “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências” e substitui legislações anteriores. Ratificou a pena de 3 a 15 anos de detenção para os traficantes de drogas e de 6 meses a 2 anos de prisão para os usuários de drogas ilícitas. Versou que tratamentos de dependentes químicos, nas redes de serviço de saúde nos estados, municípios e distrito federal determinariam a internação hospitalar obrigatória “quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigissem” (BRASIL, 1976). O usuário é visto também como um criminoso sendo a sua punição a cadeia e para os dependentes químicos, vistos como doentes mentais, seu destino era a internação compulsória (obrigatória) em hospitais psiquiátricos.

Assim as medidas governamentais tinham como foco o controle do tráfico e também do consumo de substâncias psicoativas, prevendo prisões de traficantes e usuários (MELMAN, 2001). Em grande medida a Lei de 1976 é resultado da influência exercida pelos EUA através da Convenção da ONU de 1971 na qual o Brasil é signatário (OLINGER, 2005). Esta lei não diferencia usuário de traficante. Apesar de ter penas diferentes, a abordagem da lei é médica-psiquiátrica e jurídico-penal, sendo a questão das drogas encarada ora como caso de política ora como doença mental (SÁ, 1999).

No ano de 1975 foi estabelecido pelo Ministério da Justiça um grupo de trabalho, partindo da premissa de que haveria um aumento no tráfico e consumo de drogas ilícitas, sendo possível obter levantamento tanto do tráfico quanto do consumo, estabelecendo, ao final dos debates, sugestões legislativas (BRASIL, 1975). O secretário do Conselho de Prevenção Antitóxicos (CPA) em depoimento a essa CPI apontava para a falta de dados seguros sobre o consumo de drogas no país e da ausência de medidas de instrução e explicação à sociedade (AMUY, 2005). De acordo com Garcia, Leal e Abreu (2008) o depoimento demonstra a natureza dos conselhos concebidos no decorrer da ditadura militar, sendo um instrumento totalmente centralizado.

A política de drogas no Brasil,

[...] parece se tratar de uma “estrutura repressiva” que advém de determinações mais profundas da formação social brasileira e que se

atualizou ao longo do século XX, alinhando-se a própria “estrutura” do proibicionismo internacional para a área das drogas. Assim, afirma-se que a influência observável dos tratados internacionais da área das drogas sobre a Lei N.º 6.368, de 1976 se deu com o consentimento de atores da sociedade brasileira que coadunavam com as ideias e interesses criminalizadores da experiência do uso de drogas, a fim de fortalecer uma ampla malha repressiva produzida e reproduzida na história da formação social do país (LIMA, 2009, p. 114).

No ano de 1980, no governo de João Figueiredo, foi criado o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes por meio do Decreto N.º 85.110, “que integra as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determine dependência física ou psíquica, bem como as atividades de recuperação de dependentes” (BRASIL, 1980). Por meio do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão (que foi substituído no governo de FHC pelo Sistema Nacional Antidrogas e pela Secretaria Nacional Antidrogas), apresentou-se o foco no binômio abstinência-repressão principalmente após a criação dos Conselhos Antidrogas. Estes conselhos (federal, estaduais e municipais) contribuíram, até 1998, com o direcionamento das ações sobre drogas no país (MESQUITA, 2004). Um dos objetivos dos conselhos consistia na formulação de uma Política Nacional de Entorpecentes, conciliando os planos estaduais e municipais (LEAL, 2006).

Em 1986 é formado, por meio da Lei n.º 7.560, o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB), na qual era composto por bens e valores advindos do tráfico de drogas (BRASIL, 1986). O FUNCAB deu origem ao atual Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) como será visto.

Com a Constituição Federal de 1988 passa a ser crime inafiançável o tráfico de drogas, sendo possível o confisco dos bens de traficantes, a expropriação de terras de plantio ilegal, assim como, a obrigação do Estado de desenvolver e manter programas voltados à assistência e prevenção direcionada a adolescentes e crianças (BRASIL, 1998).

Por fim, em 1993 foi concebida a Secretaria Nacional de Entorpecentes por meio da Lei N.º 8.764, tornando-se este um órgão responsável por “supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Entorpecentes”. Objetiva, também “promover a integração ao Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de

Entorpecentes dos órgãos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que exerçam atividades concernentes à prevenção, fiscalização e repressão do uso e tráfico ilícitos de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, 1993). Dessa forma, é possível apontar o alinhamento da política de drogas no Brasil com o regime internacional de drogas, sendo que o país ratificou as Convenções sobre a temática, conforme demonstrado na figura 4.

**Figura 4**– Convenções Internacionais sobre drogas

Ano	Convenções	Ano de ratificação no Brasil	Decreto	Tema
1912	Convenção Internacional do Ópio	1915	Decreto 11.481	Executa e cumpre a Convenção inteiramente
1912	Convenção Internacional do Ópio	1921	Decreto 4.294	Institui prisão para traficantes e instituições específicas para internação de usuários
1936	Convenção para Repressão do Tráfico Ilícito das Drogas Nocivas	1938	Decreto 2.994	Punição severa para os envolvidos com drogas ilícitas
1961	Convenção Única de Entorpecentes	1964	Decreto 54.216	Executa e cumpre a Convenção inteiramente
1971	Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas	1977	Decreto 79.383	Executa e cumpre a Convenção inteiramente
1972	Protocolo de Emendas a Convenção Única sobre Entorpecentes	1975	Decreto 76.248	Executa e cumpre a Convenção inteiramente
1988	Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas	1991	Decreto 5.015	Executa e cumpre a Convenção inteiramente

Fonte: Adaptado de Lima (2009)

Além das Convenções citadas, é possível apontar a XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS), ocorrida em 1998 em Nova York, como marco das discussões sobre o problema mundial das drogas, gerando grande influência na futura Política Nacional Antidrogas. Reitera-se que o Brasil aderiu a todas as declarações e o seu comprometimento internacional ficou fortalecido (DUARTE; DALBOSCO, 2017).

Entretanto, além da influência internacional, o contexto interno do Brasil (principalmente da classe política no poder) favoreceu, em grande parte, direcionamentos para o tratamento proibicionista da questão das drogas. É possível verificar por meio dos decretos, leis e órgãos criados até FHC, conforme resumido na figura 5:

**Figura 5-** Decretos, leis e órgãos sobre drogas no Brasil até FHC

<b>Ano de ratificação</b>	<b>Decretos, leis, órgãos, movimentos sociais</b>	<b>Tema</b>
1603	Ordenações Filipinas	Proibição da venda e da importação de opiáceos e outras substâncias
1851	Decreto 828	Disciplinou o tema através da Polícia Sanitária e da proibição da venda de determinadas substâncias
1890	Decreto 847	Abordou o “tráfico de entorpecentes” como um crime contra a saúde pública e contra a tranquilidade pública
1936	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE)	Institucionalizou o combate as substâncias entorpecentes em âmbito nacional
1938	Decreto Lei Nº 891	Sancionado pela CNFE, prevenção, tratamento e repressão de drogas no país sendo vigente até 1970
1967	Decreto-Lei 200	Departamento de Polícia Federal (DPF) fica com a responsabilidade pelo combate ao tráfico internacional de drogas
1971	Lei Antitóxicos (Influência da Convenção de 1961)	Aumentou a pena para traficante e usuário
1976	Lei Nº 6.368 (influência da Convenção de 1971 e dos EUA)	Prisão para quem vende e para quem consome
1980	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes	Integra as atividades de prevenção, fiscalização, repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes, assim como, as atividades de recuperação de dependentes.
1986	Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB)	Bens e valores advindos do tráfico de drogas e doações
1993	Secretaria Nacional de Entorpecentes	Supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo Conselho Federal de Entorpecentes

Fonte: Elaborada pela autora

Contextualizar a estruturação de leis, decretos e criação de órgãos estatais, direcionadas a questão das drogas ilícitas no decorrer da história - e anterior ao período de estudo dessa pesquisa - é de extrema importância, pois se entende que há uma predominância da abordagem proibicionista. Este fato pôde ser verificado através dos esforços estatais para o controle das drogas

ilícitas. Sendo a maior parte das ações na área da segurança pública focadas na repressão e punição do traficante e consumidor e aquelas desenvolvidas na área da saúde pública são voltadas para a abstinência e internação compulsória. Neste sentido as drogas ilícitas consistem em uma ameaça ao Estado e a sociedade.

O próximo subcapítulo versará sobre o estudo de caso da Política de Drogas no Brasil desenvolvida de 1998 a 2006. Será verificada se a estrutura no marco temporal estudado foi influenciada pela abordagem proibicionista ou se houve espaço para o antiproibicionismo.

#### 4.2- A Política de Drogas no Brasil de 1998 à 2006

Este estudo de caso abordará a política de drogas no Brasil no período compreendido entre os anos de 1998 a 2006, sendo o foco do estudo de caso o tratamento dado as drogas ilícitas dentro das áreas da saúde e segurança pública. Para tanto, serão estudados os órgãos pertencentes ao Sistema Nacional Antidrogas e seus respectivos papéis, os objetivos construídos na Política Nacional Antidrogas, bem como na Política Nacional sobre Drogas e no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Pretende responder se no período analisado houve a dominância da abordagem proibicionista ou se houve espaço para o antiproibicionismo nas ações focadas na área da saúde pública e segurança pública.

Importante esclarecer que, em 19 de junho de 1998, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (criado durante a ditadura militar) foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), e a Secretaria Federal de Entorpecentes pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). O SISNAD e a SENAD foram estabelecidos após e por decorrência direta dos compromissos assumidos pelo Brasil na 20ª Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, ocorrida em 1998, na qual previa um “mundo sem drogas” (BRASIL, 2003). Essa Assembleia fez a solicitação aos Estados-membros que, de forma bienal, relatassem a Comissão de Narcóticos ações implementadas de 2003 à 2008. Um dos objetivos era a eliminação dos cultivos de coca, *cannabis* e papoula, pontuando seu caráter proibicionista, demonstrando a continuidade com o alinhamento internacional de combate às drogas como historicamente acontecia (LEAL, 2006).

O Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), foi regulamentado pelo Decreto N.º 3.696 de 2000. Como princípios, apresentava a repressão ao uso, ao tráfico de drogas ilícitas, produção, além da prevenção do uso dessas drogas e o tratamento, recuperação e reinserção dos dependentes. Objetivava a formulação da Política Nacional Antidrogas; a conciliação e fiscalização dos planos nacionais com os regionais, estaduais e municipais; rever ações de administração nos campos que envolvem a prevenção, recuperação, repressão, tratamento e reinserção; troca de informações entre os seus órgãos

e organismos internacionais; incentivar a pesquisa; dentre outros (BRASIL, 2000).

Dentre os principais órgãos que fazem parte do SISNAD tem-se o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), como órgão normativo; a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como órgão executivo das atividades prevenção ao uso de drogas que causem dependência; o Departamento de Polícia Federal como órgão executivo das atividades de repressão as mesmas; e Ministério da Saúde neste momento não teve nenhuma atribuição apesar de estar entre os órgãos pertencentes ao sistema.

A criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em 1998, indicou mais uma vez o alinhamento do Brasil à luta global de combate às drogas, orientado pela garantia de sua segurança nacional e soberania, assim como, pela própria redução da demanda de drogas (CHAGAS; VENTURA, 2010). Segundo Garcia, Leal e Abreu (2008), a criação da Secretaria também teve influência da pressão emanada a partir da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da própria adesão do Brasil aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, como um sinal aos demais países de que o combate as drogas era prioridade para o governo. Oliveira (2004) aponta que o Brasil propicia o tratamento dado as drogas ilícitas, rotulando-as como um alvo principal da política pública do país. Entende-se que há uma securitização do tema, sendo que este é rotulado como sendo uma ameaça ao Estado e a sociedade.

A SENAD sendo a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) é encarregada pela delineação, logística e fiscalização das execuções referentes à contenção da demanda e oferta de drogas no Brasil. Administra, também, o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) direcionando o orçamento para ações de redução da oferta e demanda de drogas (BRASIL, 2003). Além destas atribuições passa a ser responsável pela criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), que posteriormente seria aprovada pelo CONAD.

A criação da SENAD gerou disputas entre a Casa Militar (que foi transformada em 1998 em Gabinete de Segurança Institucional) e o Ministério da Justiça, sobre quem comandaria a repressão ao tráfico de drogas. Essas disputas deram-se pelo fato de que as políticas voltadas para a prevenção e

repressão às drogas, administrada anteriormente pelo COFEN, era de responsabilidade do Ministério da Justiça. Porém, com a criação da SENAD, a Casa Militar passou a ser responsável por essas políticas (VILLELA, 2015). Cabe lembrar que segundo a Constituição Federal de 1988 é de responsabilidade da Polícia Federal “prevenir e reprimir o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o contrabando e o descaminho, sem prejuízo da ação fazendária e de outros órgãos públicos nas respectivas áreas de competência” (BRASIL, 1988).

A SENAD foi dirigida inicialmente por Walter Maierovitch, em substituição ao juiz Luiz Matias Flach que presidia a Secretaria Nacional de entorpecentes. Os dois dirigentes são reconhecidos “como atores que contribuíram para uma abordagem menos moralista e mais adequada às necessidades de saúde advindas do consumo de drogas. Porém dois anos após Walter é substituído por um militar, o general do Exército, Paulo Roberto Uchoa (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 811).

Essa vinculação da SENAD e do CONAD a Casa Militar, de acordo com Zaverucha (1998), tornou a questão das drogas um tema emergencial e ligado a segurança do Estado, sendo que o Chefe da Casa Militar era responsável por atividades de defesa externa, inteligência civil, segurança pública e por fim de combate ao tráfico de drogas<sup>20</sup>.

Então, foi inusitado que o presidente Fernando Henrique, concorrendo à reeleição, trouxesse como novidade a criação de uma Secretaria que ele chamou Antidrogas. Determinou perplexidade já que um dos seus primeiros atos tinha sido o aniquilamento da Secretaria Nacional de Entorpecentes[...] Quando são feitas alterações institucionais meramente para atender interesses circunstanciais, isso sempre significa um atraso imenso na questão do tempo... o que era CONFEN passou a ser CONAD, o que era Secretaria Nacional de Entorpecentes passou a ser Senad, procuraram repetir o modelo na hora da execução. Com ajustamentos, no meu sentido, para pior [...]. e aí ficou esta coisa engraçada em que os militares tratam da prevenção (Entrevistado 6). A SENAD foi um retrocesso. Ela foi o fim do CONFEN, que era um organismo multidisciplinar, que tinha problemas, mas do ponto de vista de um lugar de articulação de uma determinada política era melhor do que você criar uma política a partir de uma visão estratégica das Forças Armadas (Entrevistado 1) (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 812).

Além das influências internacionais, nesta fala é possível notar que a conjuntura interna motivou o rumo que a estruturação do SISNAD seguiu.

Contexto este na qual FHC estava próximo a reeleição e a abordagem proibicionista foi a ferramenta mais fácil, rápida e sem grandes mudanças a ser adotada, mesmo que não eficaz, para buscar uma aprovação interna, sendo que a repressão ao uso e ao tráfico de drogas é tido desde o século XIX como única solução possível para o tema das drogas.

Essa estruturação do SISNAD tendo como base o proibicionismo, além das clássicas medidas de repressão ao uso e ao tráfico, trouxe a perigosa competição entre a Polícia Federal e a SENAD sobre quem tem o papel principal de construir as ações de repressão em âmbito nacional. Uma disputa que não deveria ter existido já que pela Constituição Federal este papel é da Polícia Federal demonstrando o perigo da forma com a SENAD foi estruturada.

Da mesma forma ocorreram ações voltadas para a saúde pública coordenadas por uma Secretaria (a SENAD) presidida por um militar, sem dar atenção a prevenção, tratamento e reinserção dos usuários de forma integrada com outras áreas como deveria ser feito. Além disso, poucas ações desenvolvidas na área da saúde pública tinham como foco o tratamento do usuário com programas voltados a saúde mental,

No que diz respeito ao tratamento dos usuários de drogas, é necessário ressaltar que o mesmo tinha por base, no final do século XIX e primeira metade do século XX, o modelo biomédico, estando diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool ou outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 207).

Um dos pressupostos do SISNAD consistia em políticas, ações e planos de prevenção ao uso de drogas ilícitas direcionados aos municípios, principalmente no momento anterior a criação da Política Nacional Antidrogas, entendendo a possibilidade de maior participação da sociedade civil no processo (BRASIL, 2003). Porém, essa participação acontecia somente para replicar o que já estava formulado. A mensagem passada indicava que o objetivo era desenvolver ações que visassem promover a proibição de drogas tidas como ilícitas diretamente nos municípios conscientizando principalmente os jovens. Essas ações são tidas como um resgate ético e apesar de promover um diálogo com a sociedade, indicando uma abordagem proibicionista e que

possivelmente estaria presente quase que inteiramente na Política Nacional Antidrogas, como o próprio nome indica. De forma mais detalhada segue na figura 6 o objetivo geral e objetivos específico de órgãos que formam o SISNAD:

**Figura 6 – Sistema Nacional Antidrogas**

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Órgãos integrantes</b>
Repressão ao uso, ao tráfico ilícito e produção não autorizada de drogas ilícitas	Formular a Política Nacional Antidrogas	Conselho Nacional Antidrogas (CONAD)
Prevenção do uso destas substâncias	Compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais e fiscalizá-los	Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República
	Estabelecer prioridades entre as suas atividades	Ministério da Justiça
	Promover a modernização das estruturas das áreas afins	Ministério da Previdência e Assistência Social
	Estabelecer fluxos de informações entre seus órgãos e organismos internacionais	Secretaria da Receita Federal
	Estimular pesquisas	Secretaria Nacional Antidrogas
	Promover ensinamentos nos cursos de formação de professores sobre as substâncias	Departamento de Polícia Federal
	Promover a conscientização através dos currículos de todos os graus de ensino	Conselho Nacional de Educação
		Conselho de Controle da Atividade Financeira
		Órgão de inteligência do Governo Federal
		Órgãos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que exercem atividades antidrogas e de recuperação de dependentes
		Ministério da Saúde

Fonte: Adaptada de Brasil (2000)

O entendimento do conceito droga, assim como diversos outros elementos presentes na sociedade, como o próprio entendimento do que é saúde e doença<sup>21</sup>, se transforma conforme as mudanças culturais. Ou seja, “os

padrões, a frequência de utilização e os tipos de drogas consumidos mudam de uma época para outra de acordo com as condições socioculturais existentes” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 207). Estas mesmas autoras apontam que a utilização de drogas é uma resposta da sociedade ao estilo de vida que foi construído, de uma alta exigência de produtividade.

Neste momento o entendimento que guia a criação de políticas, seja na área da saúde quanto da segurança é de que estas fazem parte de um grande problema social, que desintegra a sociedade e que conseqüentemente influenciam no tratamento do usuário, já que este sempre é visto como um doente. Isso acontece, principalmente, a partir do século XX há uma cobrança de produtividade da sociedade como um todo, como se fosse excluído a parte humana, ou seja, os desejos, as falhas, o contexto social, dentre outros, por isso a utilização de determinadas drogas ilícitas causa tanta estranheza.

Segundo Ferreira e Luis (2004) essa vinculação tratamento do uso de drogas com a assistência psiquiátrica, é uma questão de violação dos direitos humanos, adicionado a isso uma questão de má qualidade nos serviços direcionados aos usuários, pois são baseados em um “modelo hospitalocêntrico”. Assim a dependência química passou de uma questão de mau-caratismo para uma questão de saúde mental no governo de FHC (RIBEIRO, 2004).

É necessário destacar que deveriam existir políticas voltadas para tratamento do abuso de substâncias psicotrópicas. Porém, estas deveriam levar em consideração não somente sintomas físicos e psicológicos, mas também todas as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem o tema (OCCHINI; TEIXEIRA, 2006). A SENAD no que diz respeito ao tratamento da questão das drogas na área da saúde dedicou-se “na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, serviços que possuem práticas mais afinadas com o ideal de repressão ao uso de drogas, e mais distantes dos propósitos e diretrizes do SUS” (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 817).

Em 1998 ocorreu o 1º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em Brasília, onde foram iniciados debates entre a sociedade e o governo federal sobre como se daria o enfrentamento a questão das drogas e o que viria a ser

a Política Nacional Antidrogas. O processo se daria mediante consulta a sociedade civil e meios científicos.

O Fórum foi destinado às organizações não governamentais representadas por diferentes setores. Foram estabelecidos 30 subgrupos divididos em quatro grupos de trabalhos, quais sejam: prevenção, tratamento, repressão e outro chamado de global. Destacou-se o subgrupo nomeado de Redução de danos e portadores de HIV, no qual teve a presença de representantes de diferentes grupos religiosos que corresponderam a 68% dos participantes. Este grupo era contrário à troca de seringas e recomendavam a abstinência como solução a questão das drogas; outros 32% eram de participantes envolvidos em práticas de redução de danos em instituições governamentais e não-governamentais. Ao final foram formulados dois relatórios: um abrangendo a troca de seringas e outro eliminando essa troca (BRASIL, 1998).

O Fórum conseguiu reunir grupos que partiam de uma abordagem proibicionista, apontando para a repressão e abstinência como solução a problemática das drogas. O foco foi defendido, majoritariamente, por grupos religiosos. Porém, houve grupos que defendiam uma abordagem antiproibicionista, apostando em uma política de redução de danos como a troca de seringas. Ainda que houvesse representatividade civil, o proibicionismo, defendido principalmente por grupos religiosos, não permitiu o desenvolvimento de uma política mais progressista voltada para o usuário.

Na abertura do Fórum o então presidente FHC evidenciou a questão das drogas e apontou para a necessidade de uma política intersetorial, tendo a sociedade um papel central no enfrentamento ao problema (BRASIL, 1999):

Daí a importância deste Fórum. Daí a importância de vermos juntas, aqui, pessoas de vários setores da sociedade que não têm relação direta com o aparelho do Estado, mas que são altamente expressivas, responsáveis e necessárias, do ponto de vista global, para que possamos, realmente, ter uma política antidrogas que tenha capacidade de controlar os desmandos que a droga provoca. Nessa matéria, ou há mobilização na sociedade, ou não se avança muito (BRASIL, 1999, p. 375)

Na fala de Fernando Henrique Cardoso (FHC) percebe-se que existe a ideia de inclusão da sociedade para a formulação de uma política de drogas.

Foi verificado em seu discurso, a busca por autonomia na formulação desta política:

É um desafio global, mas será o desafio de saber até que ponto os Estados nacionais terão condições de garantir as suas decisões próprias e seus territórios, para a manutenção do controle das drogas. A decisão do Brasil foi clara. O general Cardoso reafirmou a minha determinação de que vamos ter a nossa própria política antidrogas. Naturalmente, coordenaremos a nossa política com outras políticas, mas nós temos capacidade institucional para decidir sobre essa matéria.

Apesar disso, o proibicionismo forma a concepção do governo, pois aponta para uma política intersetorial, com envolvimento das áreas da educação, saúde e segurança, incentivando a redução da oferta através da repressão. De acordo com FHC: “não é apenas um trabalho de repressão, mas é de conhecimento tramas que estão por trás daquilo que aparece à primeira vista e que é, normalmente, o objeto da repressão”. Em outro trecho fala que: “devemos enrijecer no combate à droga e na repressão. Mas é preciso fazê-lo com inteligência, no duplo sentido de ter informação e de ter uma visão também global do processo que está sendo combatido.” (BRASIL, 1999, p. 376-378). Fernando Henrique acentuou, também, que este assunto possui alçada transnacional, devendo todos os países formular políticas direcionadas ao tema, apontando para a necessidade de se ter uma visão global. Porém, houve conflitos que tornaram inviável a formação de propostas que realmente respondessem à questão das drogas no Brasil (MESQUITA, 2004).

Em decorrência das recomendações do 1º Fórum Nacional Antidrogas ocorreu o curso chamado “Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: diga sim a vida”, organizado pela Secretaria Nacional Antidrogas e pela Universidade de Brasília. Este curso buscava “contribuir para a formação de profissionais ou de membros da comunidade em geral devidamente qualificados para atuar na prevenção ao uso de drogas”. Tinha como objetivo “contribuir para a formação de profissionais ou de membros da comunidade em geral devidamente qualificados para atuar na prevenção ao uso de drogas” (CONTRIM, 1999).

Em janeiro de 2002 tem-se a aprovação pelo governo de FHC através da Lei Nº. 10.409 que trata da “prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica [...]”.

É possível verificar que essa lei sofreu inúmeros vetos presidenciais, ao qual se tem uma enorme dificuldade de interpretação e compreensão:

Impressiona por ter sido objeto de estudos pelo Poder Legislativo por mais de uma década e ter resultado em um 'nada jurídico' (ou injurídico); impressiona pelo conjunto de equívocos e erros crassos que alberga (mandato de citação, p. ex., cf. art. 38, caput); impressiona pelo conjunto de 'regras perdidas'; pelo absurdo de certas disposições; pelos retalhos abandonados no universo jurídico após vetos Presidenciais ao Projeto que ela deu origem (MARCÃO, 2002).

Desta maneira a lei Nº. 10.409 de 2002 não revogou a Nº. 6.368 de 1976, ficando em vigor duas leis antitóxicos. A lei é dividida em prevenção, erradicação e tratamento; crimes e penas (vetada inteiramente); procedimento legal; instrução criminal; efeitos da sentença e; perda de nacionalidade.

Cabe destacar que a parte da lei voltada à prevenção é tratada de forma genérica, sem a formulação de ações concretas; a erradicação ganha um destaque, focada na busca pela destruição de plantações e produtos ilícitos no geral e; o tratamento é abordado de forma multiprofissional, tendo o Ministério da Saúde o papel de definir as substâncias que causam dependência, regulamentando ações chamadas de redução de danos e a saúde, apesar de não haver nenhuma linha de ação neste sentido (BRASIL, 2002a). Alguns artigos são vetados e a justificativa é sempre de inconstitucionalidade e de impossibilidade de substituir a então lei vigente de drogas, Lei nº 6.368 de 1976, considerada incompleta. Cabe destacar também que o policial tem grande peso no que diz respeito ao procedimento penal, pois ele quem relatará em que circunstância a droga foi encontrada (local, condição, substância, dentre outros).

Esta Lei não substituiu a lei anterior de drogas, pois o veto de diferentes artigos deixou-a mais confusa. Porém, desde o momento de sua formulação, abordou a questão das drogas de forma superficial. É como se o contexto internacional exigisse uma resposta brasileira, sendo que o país foi signatário das declarações resultantes da XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS). Quando abordado a importância do Ministério da Saúde na formulação de estratégias de Redução de Danos e tratamento, pôde ser identificada uma influência inicial da abordagem antiproibicionista. Nota-se que o proibicionismo é corrente majoritária sendo esta lei grande foco na

erradicação de plantações e drogas ilícitas, assim como, nas penalizações.

A PNAD foi instituída pelo Decreto Nº. 4.345 de 2002,

[...] que estabelece objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas (BRASIL, 2002).

Em sua introdução, a Política Nacional Antidrogas elucida que o “uso indevido de drogas constitui, na atualidade, séria e persistente ameaça à humanidade e à estabilidade das estruturas e valores políticos, econômicos, sociais e culturais de todos os Estados e sociedades” (BRASIL, 2003, p. 7). Corresponde a uma referência a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual houve a participação do Brasil, durante debates do “Problema Mundial das Drogas”, em 1998, sendo este o início da formulação da PNAD.

Ainda em sua introdução, foram abordadas temáticas sobre drogas e sua ligação com crimes conexos, como sendo uma ameaça a soberania do Estado em primeiro lugar e, também para a sociedade. Foi necessária uma postura firme do Estado no combate às drogas ilícitas, com articulação e aprovação da sociedade (BRASIL, 2002). O objetivo principal trazido nesta política, com a reformulação e criação do SISNAD, SENAD e PNAD foi “eliminar, no país, o flagelo representado pelas drogas”. É enfatizado que o SISNAD busca a municipalização de suas ações procurando desta forma, envolver estados e municípios para a adoção da PNAD.

Sendo o Município a célula-máter da organização político-administrativa do Estado Brasileiro, torna-se capital o papel que o atual momento histórico lhe reserva, pois é neste que os fundamentos da Constituição Federal - de cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais do trabalho e livre iniciativa - podem ser aplicados, à máxima eficácia. É nele que reside a juventude, para com a qual há de se buscar o resgate ético da dívida criada pelas gerações que a antecederam, por haverem permitido a sua vulnerabilidade às drogas. Sem dúvida, a melhor forma de levar a mensagem antidrogas ao jovem é municipalizando as ações de prevenção contra as drogas. Isso significa levar ao município a ação de conversa face a face, de aconselhamento olho no olho, onde avulta de importância a organização de um Conselho Municipal Antidrogas (BRASIL, 2002).

Além de apontar uma maior participação dos municípios, manifesta maior participação da sociedade. Nos seus pressupostos, a PNAD exemplifica

a necessidade de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas, priorizando a prevenção do uso, além de incentivar, através do CONAD, ações que envolvam os setores de saúde, segurança pública e educação (BRASIL, 2002). Ao mesmo tempo visou incentivar a participação dessas diferentes áreas, visando formular atividades antidrogas dentro dos termos já estabelecidos. Consistiu, também, na proibição de determinadas drogas sem a consideração das diversas áreas e fatores que deveriam ser envolvidos para essa taxação de ilegalidade, apenas tomando em conta o alinhamento com o regime internacional de combate as drogas, pressuposto este proibicionista.

Conforme Garcia, Leal e Abreu (2008, p.270) “ao optar por destacar a mobilização na comunidade e não da comunidade, destacava-se a emergência de uma nova abordagem: a perspectiva da participação social como reafirmadora das ações do Estado”. Assim, disputas políticas e institucionais resultaram na não viabilização de uma política de drogas eficaz (MESQUITA, 2004). A centralidade do combate “as drogas” além de ser demonstrada nos fatores já trabalhados até o momento é destacada pelo próprio nome da PNAD - antidrogas, essa política foca na repressão e esquece de colocar no centro o ser humano (GARCIA, LEAL e ABREU, 2008).

A Política chama a atenção para a importância do tratamento do usuário como um direito. Há abertura para tentativas de programas voltados para a redução de danos, aos quais reconhece e trata de forma diferente a pessoa “em uso indevido”, usuário, dependente e traficante de drogas, evitando a discriminação entre os usuários, mas conscientizando-os de que eles são a fonte do tráfico de drogas.

O tratamento do usuário como financiador da economia ilegal de drogas é um dos principais argumentos proibicionistas. Este argumento não leva em consideração as liberdades individuais dos usuários. Trata todo usuário, independentemente da substância consumida, do mesmo modo; culpa aqueles que são dependentes e não possuem as ferramentas para sair desta situação e por fim e mais importante, retira a culpa do Estado, principal financiador do tráfico de drogas ao criar uma legislação proibicionista.

Ainda nos pressupostos da PNAD (BRASIL, 2002) foi retomada a importância da cooperação por meio de fóruns internacionais e acordos bilaterais, indicando que o alinhamento com a guerra às drogas é contínuo. As

observações e direcionamentos gerais da PNAD abordam ações do Estado frente à questão das drogas em quatro partes: prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução de danos sociais e à saúde e por fim a repressão. Nesta mesma ordem será exposto o estudo e compreensão da PNAD, em conteúdo com o referencial teórico balizador dessa pesquisa.

A prevenção é tratada como “o uso indevido de drogas lícitas ou ilícitas, buscando desencorajar o uso inicial; promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e reduzir as perniciosas consequências sociais e de saúde” (BRASIL, 2002). Nas orientações gerais da temática, “prevenção” é ressaltada para a importância da “responsabilidade compartilhada” com a sociedade, exigindo maior engajamento com o tema. Também descentraliza a execução das ações por meio dos Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD) e a promoção dos “valores morais e éticos” através da divulgação de programas com mensagens claras (BRASIL, 2002). Essas orientações gerais, trazidas pela PNAD, principalmente a da responsabilidade compartilhada, lembra a abordagem antiproibicionista, mais especificamente a segurança cidadã. Porém, a questão é que a PNAD corresponde a um guia para essa relação que será estabelecida nos diferentes níveis do Estado, iniciando com uma forte influência proibicionista, por não incluir na discussão a sociedade civil sobre quais substâncias devem ou não ser proibidas. Além destes fatores, os valores morais e éticos compreendem conceitos amplamente discutidos reforçando o teor proibicionista de que existem drogas socialmente aceitas e outras não.

Nas diretrizes para a prevenção, foi sugerida a capacitação de pais, responsáveis, professores, religiosos e líderes comunitários sobre a prevenção do uso de drogas. O direcionamento da prevenção possui como foco o desestímulo do primeiro uso e a interrupção do consumo ocasional para a redução das consequências para a sociedade e à saúde. Este direcionamento foi centrado nas faixas de idade consideradas de maior risco: crianças, adolescentes, indígenas, pessoas em situação de rua, grávidas e pessoas infectadas com HIV. Entende-se que o engajamento de diversas áreas, garante o desenvolvimento de programas integrados. Também, foi referida na PNAD a criação de um sistema de informações para o direcionamento da prevenção a partir de experiências bem sucedidas em outros países. Assim, pretendeu-se

formular e reformular as ações e programas de prevenção no Brasil. Outro aspecto importante foi a criação de um sistema de avaliação destas ações tendo como base o rigor metodológico. Foi sugerida a inclusão no currículo do magistério superior, ensino médio e fundamental temáticas sobre o uso indevido de drogas. A partir dessas ações, também foi sugerido na PNAD à criação de programas específicos para evitar o uso de drogas em ambiente de trabalho (BRASIL, 2002).

A base dos esforços para a prevenção possui uma forte abordagem proibicionista pelo fato de dar tratamento igual a todas as drogas, como se todas exigissem o mesmo esforço de prevenção, além de deixar aberto para diversas interpretações, nos diferentes níveis do Estado (federal, estadual e municipal), torna deficitária a ação estatal. A diferenciação das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, deve ser a base de uma política voltada à prevenção. E, essa diferenciação, deve ser feita de forma científica pelas diferentes áreas que estudam o tema, tendo como exemplo: aquelas áreas que estudam os efeitos das drogas no ser humano; pelas ciências humanas que estudam a utilização ao decorrer da história de determinadas drogas e os seus distintos pesos culturais; dentre muitas outras áreas. A questão das drogas, principalmente as ilícitas é um tema de amplo espectro e que, portanto, deve envolver diversas áreas na formulação de uma política ou de programas e ações decorrentes. Entende-se que, no decorrer da história, ações foram formuladas sem base científica, amparadas apenas pelos diversos fatores de poder e preconceito.

Cabe destacar que há uma tentativa de envolver a sociedade na formulação de programas e ações voltados para a prevenção. Porém, existe a influência social negativa, sendo que a prevenção não é facilmente compreendida pela população. Quais drogas devem ser prevenidas? Para que ocorra a prevenção do uso de qualquer droga ilícita (socialmente drogas lícitas como o álcool são bem aceitas) geram-se uma série de impactos na sociedade, como a própria discriminação ao usuário. Além disso, como a PNAD é altamente proibicionista não há espaço para a conscientização do uso consciente de determinadas drogas, assim como há com drogas lícitas, como o álcool.

Passando para o tratamento, recuperação e reinserção social, a PNAD (2002) nas suas diretrizes incentivou o trabalho conjunto na rede nacional de

assistência, tratamento, recuperação dos usuários e a ação de organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional. Para isso propôs formular um sistema de dados que pudesse auxiliar planos de tratamento, ficando a cargo tanto do setor público, privado ou organizações não-governamentais. Estabeleceu normas mínimas para o funcionamento de instituições que objetivavam o tratamento, recuperação e reinserção social, assim como, avaliar as interferências terapêuticas e de recuperação com base em critérios padrões, sendo possível a comparação entre as instituições. O tratamento na PNAD deveria ser adaptado conforme o público-alvo, devendo ser priorizados aquele com melhor custo-benefício. Também deveriam ser estimuladas instituições residenciais que teriam como foco o apoio provisório a reinserção social e ocupacional após intervenção aguda, sendo estas instituições parte do tratamento. A PNAD também trouxe a intenção de criar programas voltados para a reinserção social aos presos que cometeram crimes em razão da utilização de drogas ilícitas, assim como, o incentivo as penas alternativas. Foi abordada a importância de estabelecer programas e ações voltados a reinserção dos usuários após o tratamento pontuando penas alternativas, apesar de ficar sem uma definição exata.

Reconhece-se a importância dada pela PNAD ao tratamento, recuperação e reinserção social. No entanto, seria necessário definir quais usuários seriam alvos destes tratamentos (conforme a droga utilizada), necessitando, portanto, de abordagens diferenciadas. Nota-se que na PNAD não é feita essa distinção. Essa parte da PNAD é mais ampla do que as anteriores, não oferecendo parâmetros mais específicos para os estados e municípios, deixando novamente aberto para muitas interpretações. Além disso,

[...] Nesse documento, no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área especificamente ligada ao problema das drogas e o setor público de saúde. As federações de comunidades terapêuticas, que estavam presentes em maior número (no primeiro Fórum Nacional Antidrogas), reivindicaram e fizeram constar no documento a necessidade de iniciar-se o processo de definição das normas mínimas de regulamentação das instituições de tratamento. A presença de profissionais e de militantes da área de redução de danos possibilitou a inclusão de um capítulo destinado à redução de danos sociais e à saúde na PNAD. O tema foi abordado de maneira ambígua e não houve um posicionamento claro em relação aos programas de troca

de seringas, que já eram implementados com apoio e financiamento do Ministério da Saúde (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 813-814).

Sendo assim o Ministério da Saúde que deveria ter papel importante nas ações voltadas para o tratamento, não recebeu responsabilidade, além de jogar estes compromissos em grande parte para setores privados ou não governamentais. No que diz respeito ao tópico que trata a Redução de Danos sociais e à Saúde, a PNAD, possui como orientação geral: “estabelecer estratégias de Saúde Pública voltadas para minimizar as adversas consequências do uso indevido de drogas, visando a reduzir as situações de risco mais constantes deste uso [...]”. Essa medida foi reconhecida como sendo uma intervenção preventiva, visando “sempre à redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas”. À primeira vista parece se tratar da Redução de Danos trabalhada pela abordagem antiproibicionista, mas esta não respeita o poder de decisão, o tempo de cada usuário e não restringi o papel do Estado a apenas prover a estrutura para o tratamento, como prega a Redução de Danos. A própria PNAD enfatiza que nenhum indivíduo deve utilizar drogas ilícitas.

[...] a SENAD parece não ter contribuído diretamente para o surgimento, em 2003, da política nacional de saúde. Mais especificamente no campo da assistência, ela centrou seus esforços na melhoria e na busca de financiamento para as comunidades terapêuticas, serviços que possuem práticas mais afinadas com o ideal de repressão ao uso de drogas, e mais distantes dos propósitos e diretrizes do SUS (MACHADO e MIRANDA, 2007, p. 817).

Por último tem-se a estratégia de Repressão ao tráfico que visou reduzir crimes relacionados ao narcotráfico; redução da oferta de drogas ilícitas através “da erradicação e apreensão permanente daquelas produzidas no país e pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional”; incentivando o envolvimento de setores governamentais, não governamentais e sociedade em consonância com as diretrizes do governo. Por fim, apoiou de forma irrestrita o COAF (Conselho de Controle de Atividades Financeiras), o Departamento da Polícia Federal (DPF), a Secretaria da Receita Federal, as Polícias Cíveis e Polícia Rodoviária Federal.

Para tanto, visou centralizar informações que permitiriam a repressão ao tráfico de forma integrada no DPF, assim como, este ficaria responsável pelas demandas de organismos internacionais. Deveria, também, incentivar

operações repressivas às drogas ilícitas em nível federal e estadual coordenadas pelo DPF, apoiando ações do COAF, DPF, SRF e Banco Central, para que bens advindos do tráfico não sejam legitimados. Através da SENAD, buscava manter o Conselho Nacional Antidrogas avisado de todos os bens apreendidos de traficantes de drogas para que sua alienação viesse por intermédio de tutela cautelar. Como já era imaginado, a PNAD enfatizou a continuação da cooperação internacional no que diz respeito ao tema; a continuação do combate as drogas ilícitas em mercado interno; a fiscalização de substâncias utilizadas para a produção de drogas ilícitas; a busca incentivada pela erradicação dos cultivos e por fim; a capacitação de policias responsáveis pela repressão ao tráfico no país.

A seguir, apresenta-se a figura 7, resumindo quatro direções escolhidas pelo governo de FHC, sobre a questão das drogas ilícitas na PNAD:

**Figura 7- Política Nacional Antidrogas**

<b>Prevenção</b>	<b>Tratamento, Recuperação e Reinserção Social</b>	<b>Redução de Danos Sociais e à Saúde</b>	<b>Repressão ao Tráfico</b>
Conscientização e engajamento de pais, responsáveis, religiosos, professores e líderes comunitário na prevenção do uso	Incentivar a articulação em rede nacional de assistência de intervenções que abordem esses três eixos	Redução de danos reconhecida como uma estratégia preventiva	Reduzir a oferta das drogas ilegais: incentivo a operações de erradicação de plantações, apreensões de cargas e bloqueio do ingresso de drogas do exterior
Focar a prevenção no desencorajamento do uso inicial e promoção da interrupção do consumo dos usuários ocasionais	Desenvolver um sistema de informações com planos de tratamento e recuperação	Apoio de atividades de redução de danos	Centralização de informações de combate as drogas no DPF
Esforço especial para faixas de maior risco tais como crianças e adolescentes	Definir normas mínimas para as instituições que abordam estes eixos	Redução de problemas relacionados ao consumo de drogas	Incrementar a cooperação internacional
Estimular a participação dos profissionais das áreas das ciências humanas e da saúde	Adaptação conforme o público-alvo	Capacitação de profissionais que trabalhem com a Redução de Danos	Por meio do COAF, DPF, SRF e Banco Central impedir que recursos e bens advindos do tráfico de drogas sejam legitimados
Construir uma base de dados com estratégias de prevenção do uso indevido de drogas	Priorização de métodos com o melhor custo-		Agiliza por meio do CONAD a alienação de bens de

	benefício		traficantes
Programas e campanhas de prevenção baseado em pesquisas	Incentivar a participação de instituições públicas e privadas para a reinserção social		Capacitar as polícias especializadas na repressão às drogas
Incluir no currículo escolar e superior o tema das drogas	Estabelecer um plano de reinserção social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas		
Desenvolver programas preventivos focados no trabalhador			

Fonte: Adaptada de Brasil (2002)

Toda esta política de repressão as drogas, trabalhada na PNAD possui origens muito claras e proibicionistas. A utopia de uma sociedade livre das drogas através da erradicação de plantações, da prisão de traficantes e da busca incessante por apreensões de cargas de drogas ilícitas não é uma novidade criada em uma política de drogas no Brasil. Consiste em uma simples réplica da política adotada com grande perspicácia pelos EUA, devido a motivos ligados à sua fixação pelo poder (justificativa para a invasão em diferentes países da América Latina) e segregação interna de determinados grupos.

A utopia de um mundo livre de drogas não foi construída em função da falta de informação, pesquisas ou devido a determinados alinhamentos políticos. Prova disso, como destaca Zaluar (2004), é que diversas pesquisas encomendadas pelo próprio governo dos EUA, mostram que a política de prevenção e tratamento são muito mais econômicas e eficazes do que aquelas focadas na repressão. Por que então este é o maior líder da guerra às drogas, sobretudo por meio da repressão? A resposta é simples: por diferentes interesses políticos, econômicos, religiosos e médicos. Quando verificada a repressão de drogas na PNAD brasileira, as ações defendidas em âmbito nacional, estadual e municipal, são semelhantes, mesmo em um contexto totalmente diferente, mesmo que o próprio líder desta política já esteja modificando, de forma lenta, a própria legalização da *cannabis*.

Durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, a SENAD

promoveu o seminário “Novos Cenários para a Política Nacional Antidrogas”. Foi discutido o novo momento da política nacional antidrogas, tendo como foco a discussão sobre a redução da demanda e da oferta de drogas. Buscou-se entender, neste momento, o papel que deveria ser exercido pela Política Nacional Antidrogas no novo governo. Em 2004, ocorreu o Fórum Nacional sobre Drogas, no qual a SENAD começou o debate com a sociedade civil e com a comunidade científica, referente a possíveis mudanças na Política Nacional Antidrogas em fóruns regionais e nacional (BRASIL, 2005).

Na área sanitária, o Ministério da Saúde, pela primeira vez, assumiu um papel no tratamento da questão das drogas no Brasil, publicando o documento intitulado: “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, na qual “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública”. Tanto a ausência de políticas públicas voltadas para o tratamento das drogas no contexto da saúde, quanto à criação de políticas focadas na abstinência, foram criticadas por esta política, sendo que até este momento o tratamento das drogas na área da saúde era visto sob uma ótica médica e/ou psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Nesta política é pontuada a importância do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>22</sup> para o tratamento do usuário, sendo que a produção de políticas de drogas não se reduz a planos e leis, tornando-se necessário oferecer serviços, acesso a medicamentos, instituições, levando-se em consideração fatores psicológicos, sociais, econômicos e políticos. Na política foi pontuada a importância da atenção especial a prevenção, tratamento e educação com vistas ao consumo de drogas, sendo necessária a atuação não somente do Ministério da Saúde, mas também de outros ministérios e da sociedade civil. A abstinência não deveria ser a única opção de tratamento, pois muitos consumidores abandonam o tratamento (ou não procuram), devido a não concordância com a abordagem e, por terem que ficar afastados do convívio familiar e social com um todo, visando abstinência (*ibidem*).

Sendo assim, o papel do Ministério da Saúde passou a ser o de prevenir, tratar e reabilitar, adotando principalmente a Redução de Danos.

Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas

singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p. 10).

Pela primeira vez na história da Política de Drogas no Brasil, a Redução de Danos foi reconhecida e definida enquanto estratégia de cuidado na saúde pública. O Ministério da Saúde buscou olhar para o usuário como um cidadão com direito de escolha como qualquer outro, buscando oferecer ferramentas e serviços para a redução de danos. Não focou somente na repressão do consumo, mas na construção de uma rede de apoio em todo o território nacional, por meio não somente de profissionais da saúde, mas também do apoio familiar dos usuários, organizações governamentais e não governamentais. Neste período, ocorreu uma expansão das comunidades terapêuticas.

De outro lado, o vazio de possibilidades para a reabilitação das pessoas com dependência ao álcool ou a outras drogas possibilitou a instalação no Brasil de serviços autodenominados de “Comunidades Terapêuticas”. Estes serviços multiplicaram-se sem qualquer regulamentação, evidenciando-se um funcionamento precário para muitos deles, tendo sido determinado pelo Conselho Nacional Antidrogas - CONAD o estabelecimento de um padrão básico para funcionamento dos mesmos, assegurando direitos e um mínimo de qualidade aos usuários.

Segundo Miranda e Machado (2007, p. 811), neste momento “a questão do tratamento da dependência química também não existia. O que tinha era uma omissão do poder público em relação ao tratamento e um avanço significativo das comunidades terapêuticas”.

Nesta nova visão sob o tratamento do usuário, o Ministério da Saúde buscou estruturar uma rede de atenção a essas pessoas por meio da Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002, formulando normas e diretrizes para a prestação de serviços de assistência em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPSad). Já a Portaria SAS / 189 de 20 de março de 2002, regulamentou a Portaria GM / 336, estruturando

na esfera do SUS, serviços focados em saúde mental para os usuários com transtornos decorrentes do consumo de drogas lícitas ou ilícitas.

Em 1º de julho de 2005, o Ministério da Saúde, através da Portaria N° 1.028, teve como papel regulamentar atividades destinadas à redução de danos sociais e à saúde, devido ao uso inapropriado de drogas. Conforme apontado pela Lei N° 10.409, de 2002, “determinou que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria” (BRASIL, 200a).

A Portaria considerou a RD fundamental, devido às altas taxas de infecção do vírus HIV, Hepatite B e C entre os usuários de drogas injetáveis. No seu artigo 2º definiu que a RD sociais e à saúde, em decorrência do uso de substâncias que gerassem a dependência, seria implementada através de atividades e ações de saúde “[...] dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (*ibidem*).

As ações de RD sociais e à saúde compreendem medidas e ações de atenção integral à saúde a seguir “I - informação, educação e aconselhamento; II - assistência social e à saúde; e III - disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites”.

Em 4 de julho do mesmo ano a Portaria N° 1.059 “destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências”. Vale destacar que a Portaria entendeu que as estratégias de Redução de Danos corresponderiam às intervenções de saúde pública que objetivavam prevenir implicações negativas decorrentes do uso indevido de drogas, por exemplo: distribuição de insumos (seringas, cachimbos, agulhas, etc) para a prevenção dos vírus HIV, Hepatite B e C, distribuição de materiais educativos sobre formas mais seguras do uso de drogas, expansão das unidades de tratamento do uso indevido de drogas, dentre outros.

Incentivo foram direcionados para os municípios, estados e DF que tiverem os CAPSad cadastrados, abrangendo uma população maior que 100.000 habitantes.

Estas duas Portarias são os maiores avanços, até o momento, do que diz respeito ao tratamento das drogas na área da saúde pública. Com forte influência antiproibicionista, abordavam o papel do Estado como sendo responsável por oferecer serviços que melhorassem a qualidade de vida dos usuários, dando grande importância ao SUS e aos CAPSad. Coube ao Estado, também, montar estratégias preventivas, como a disseminação de informações sobre drogas, respeitando que a decisão de uso tem que ser de cada cidadão.

Em 2005, ocorreu a formulação da nova Política de Drogas por meio da Resolução do CONAD nº 3 de 27/10/2005, passando de Política Nacional Antidrogas para Política Nacional sobre Drogas. Essa mudança no nome da Política de “antidrogas” para “sobre drogas” foi entendida como a possibilidade da construção de uma Política que discutiria a questão das drogas, levando-se em consideração todos os aspectos envolvidos, e não somente o foco na repressão do consumo e tráfico de drogas.

Além desta mudança no nome da Política, houve outras modificações. Nos pressupostos da PNAD de 2005, a única alteração em relação à PNAD de 2002 foi a ênfase dada ao fato de que, ações de redução de danos não correspondem ao incentivo no uso indevido de drogas e sim, ações preventivas. A PNAD de 2002 trouxe o nome “redução de danos”, mas não definiu, de forma clara e pragmática, como seria o processo, não sendo possível compreender as ações que deveriam ser tomadas.

Nos objetivos da PNAD, foi aludida à conscientização da sociedade brasileira sobre o uso de drogas. A “ameaça” das drogas foi substituída por “prejuízos sociais e as implicações negativas”, referindo-se ao que representa as drogas, buscando abrandar a carga conceitual carregada com a palavra “ameaça”. Nas iniciativas e campanhas direcionadas a prevenção do uso de drogas, esta nova Política adicionou ações voltadas para a redução da oferta e de danos que até então não eram citadas. No tema da assistência às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de drogas foi apontada a importância de ser “integrada pública e privada, intersetorial”, trazendo o conceito de diferentes áreas para tratar o assunto.

No que diz respeito a segurança do cidadão, a PNAD apontou que esta somente seria alcançada com a coibição dos crimes relacionados às drogas, ressaltando a necessidade do conhecimento sobre delitos, crimes e demais

infrações relacionadas. Entendia que, além da coibição, a busca pela prevenção por meio da implementação de políticas públicas focadas na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos era necessário. Trouxe para a discussão, fatores minimamente importantes sobre a segurança, entendido, em termos mais amplos, como a inclusão da qualidade de vida e não somente a inexistência de crimes.

Quanto ao combate ao tráfico de drogas e aos crimes conexos, além de manter a continuidade do foco nas fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, citou que este se dará que também serão importantes as atividades voltadas para programas socioeducativos, focados na promoção da saúde e também reparação de danos.

Quando abordado o tema das informações ligadas as drogas, o órgão responsável apontado foi o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), sendo importante para o desenvolvimento de programas e ações voltadas para à redução de demanda, entendida como a “prevenção, tratamento e reinserção psicossocial” e a redução de danos e de oferta de drogas. E por último, quanto ao mantimento do rigor metodológico, esta política abordou não somente atividades de redução da demanda, mas também, da oferta e dos danos sociais e à saúde.

Percebeu-se, nas observações gerais desta nova PNAD, que o foco continuou na linha de ação para a conquista de um mundo livre do consumo e venda drogas, sendo o Estado, agente da expansão de ferramentas utilizadas tanto na segurança, entendida de forma mais ampla, quanto da saúde pública.

Na introdução e objetivos gerais da PNAD em 2005, foram substituídos conceitos e palavras, além da mudança no próprio nome, que passou de “antidrogas” para “sobre drogas”. Houve uma mudança de entendimento sobre o que representa o conceito de “drogas” para a sociedade. Ressalta-se que, na PNAD de 2002, a “ameaça” é agora, entendida, como geradora de prejuízos sociais e implicações negativas. Além do mais, há uma ampliação do entendimento do que é segurança para o cidadão. Admitiu-se que não era necessário, somente, combater o tráfico, mas também implementar políticas públicas que melhorassem a vida do cidadão, trazendo um conceito de segurança mais amplo. Ademais, a redução do tráfico foi entendida não apenas

como combate nas fronteiras, mas, inclusive, pela criação de programas socioeducativos com foco na saúde.

Passando dos alinhamentos gerais, a PNAD de 2005 foi dividida em prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais à saúde e redução da oferta e, desta forma, será exposta.

Nas orientações gerais da prevenção, foi mantida a importância de ações descentralizadas e da responsabilidade compartilhada. Porém, ao invés de direcionar as ações de prevenção pelos valores morais e éticos para a promoção de uma sociedade “saudável”, direcionou-se em “princípios éticos e de pluralidade cultural”. Além disso, foi retirado o trecho que fala “do desenvolvimento pleno abstraído do consumo de drogas”. Novamente há a substituição de palavras com um grande viés proibicionista.

Nas diretrizes a serem seguidas para a prevenção a nova PNAD mantém a importância da capacitação dos diferentes atores sociais na prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas (responsabilidade compartilhada), adicionando que as medidas preventivas devem levar em consideração o contexto sociocultural para “desestimular o uso inicial”. Também ocorreu a mudança do conceito de “promoção da interrupção do consumo dos usuários ocasionais” por “incentivar a diminuição do consumo”. Neste aspecto a Política parece apontar para uma maior abertura nas ações voltadas para a prevenção.

Além disso, foi inserida a importância de proporcionar a capacitação contínua e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com envolvimento de todos os atores sociais que, de alguma forma, estão implicados no tema, para que estes sejam multiplicadores. O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) foi apontado como responsável por articular os dados sobre a prevenção de drogas. E por fim, quando abordada a avaliação das ações de prevenção, observou-se que foram levadas em consideração as especificidades regionais. Aqui, a Política entende que a prevenção das drogas não é somente uma questão de saúde, sendo necessário o envolvimento de diferentes áreas e a consideração de diferentes fatores.

Nos paradigmas desta Política, para a prevenção, houve mudanças de conceitos como “interrupção inicial”, remetendo a tratamentos invasivos por “incentivar a diminuição do consumo”, indicando o desenvolvimento de

estratégias não tão invasivas; ampliação no que se refere a participação de novos atores e áreas na formulação e implementação da prevenção, assim como, a consideração de novos fatores como os regionais e; a inclusão de avaliações contínuas dessas ações.

No que se refere ao tratamento, recuperação e reinserção social nas orientações gerais, além do tratamento e recuperação estarem vinculadas a pesquisa científica, foi necessário que a reinserção social e ocupacional estivesse considerada, segundo a nova PNAD. Na etapa da recuperação, destacou-se a promoção da reinserção social, familiar e ocupacional, como ferramenta para romper com o ciclo consumo/tratamento. Estas inserções deveriam ser desenvolvidas por meio de parcerias e convênios com organizações não-governamentais e órgãos governamentais. Na nova PNAD foi pontuada que no Orçamento Geral da União, deveria haver dotações orçamentárias direcionadas aos ministérios responsáveis por atividades da PNAD. Nas orientações gerais, a Política continua praticamente a mesma, apenas especificando o ponto prático das dotações orçamentárias.

Nas diretrizes do tratamento, foram inseridos, em rede nacional, o alinhamento do tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional. Isto ocorreu por meio do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para o usuário e também seus familiares. Esta pôde ser apontada como a maior mudança no tópico tratamento. Na Política anterior foi incentivada, sobretudo, a atuação de instituições Residenciais de Apoio Provisório nas fases de recuperação e reinserção. O tratamento e recuperação dos usuários não foram especificados, mas, somente, especificada a articulação, em rede nacional, de assistência, demonstrando a importância de instituições.

A base de dados citada na PNAD anterior apontava para a necessidade de reunir informações sobre tratamento e recuperação. Agora, foi ampliada para a importância da inclusão de dados sobre redução de danos e a reinserção social e ocupacional. O mesmo ocorreu com a regulamentação de instituições do ramo (criação de regras mínimas de funcionamento).

Entende-se que nesta nova política há uma integração de todos os processos dando o mesmo peso e importância para cada uma das fases. Na PNAD de 2002, o foco estava no tratamento e recuperação; na versão de 2005

é adicionado o mesmo peso à Redução de Danos, reinserção social e ocupacional por meio da regulamentação de instituições que abordam o tema, banco de dados e ao SUS e SUAS. Na PNAD de 2002 falava-se em “estimular o trabalho de Instituições Residenciais de Apoio Provisório”, instituições e organizações públicas e privadas na etapa de reinserção social e ocupacional.

Na PNAD de 2005, estimulou-se, de forma mais ampla, a inclusão de parcerias em todos os níveis do Estado, que permitiram a ação de organizações públicas, não-governamentais ou privadas, ou seja, prevaleceu a figurado Estado à responsabilidade em todas as partes do processo e não somente no tratamento e recuperação. Foi proposta a criação de taxas específicas, arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal), sobre atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, para financiar a recuperação, tratamento, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes e seus familiares. Este ponto da Política, ao mesmo tempo em que avança na taxação, demonstrou características proibicionistas no tratamento diferenciado das drogas, que foi apurado não nos seus efeitos e fatores culturais envolvidos, mas no caráter legal ou ilegal. Este é um dos fatores que indicam que, apesar de ter havido mudanças conceituais na nova PNAD, não existiu uma discussão sobre o processo de proibição de determinadas drogas.

Por fim, foi inserida a necessidade de garantir o destino das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas, para tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional. Propugnou-se o estabelecimento de parcerias com universidades para que estas sejam polos de saúde, educação e assistência social. Houve, também, recomendação de que a Agência Nacional de Saúde Suplementar orientasse o atendimento assistencial em saúde, para minimizar o abuso de drogas e transtornos psiquiátricos.

Após o estudo das diretrizes abordadas na nova PNAD, sobre prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, foi possível concluir que a abordagem continua sendo influenciada, em grande parte, pela abordagem proibicionista. Entendeu-se que a Política demonstrou que o usuário de drogas somente terá saúde plena e estará dentro dos princípios éticos estabelecidos pelo Estado, após passar pelas etapas preventivas e de reinserção ao convívio social. Ainda sim, houve um direcionamento claro sobre

a importância da Redução de Danos, através da articulação de uma rede nacional, necessitando da criação de um banco de dados contendo informações inerentes ao tema. Privilegiou-se o acesso da sociedade a estes por meio do SUS e SUAS, notando-se a influência da abordagem antiproibicionista.

No que diz respeito às diretrizes da Redução de Danos Sociais e à Saúde, a PNAD abordou o apoio que deve ser dado às iniciativas de redução de danos (desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais), especificando que devem ser assegurados recursos políticos, técnicos e econômicos necessários. Essas ações buscam a diminuição dos impactos culturais, socioeconômicos e agravo à saúde causado pelas drogas. Com isso, visou garantir a regulamentação do agente redutor de danos, como o trabalhador da saúde, oferecendo capacitação necessária, assim como maior envolvimento da comunidade com esta estratégia sanitária.

Importante o comprometimento dos governos em todos os níveis com a formulação, financiamento, execução e avaliação de programas e ações ligados a RD. Este comprometimento vislumbrava a criação de políticas públicas voltadas para a geração de trabalho e renda como redutores de danos, promoção e integração das ações e programas de RD com os demais programas de saúde pública.

Neste ponto foi dada ênfase as ações voltadas para a redução de danos, as tornando mais visíveis (algo que não foi elucidado pela PNAD de 2002), vislumbrando-se a influência da abordagem antiproibicionista. Mesmo não trazendo conceitos essenciais da RD (respeito à escolha de cada indivíduo de utilizar ou não drogas), a temática foi tratada como um procedimento de saúde, sem julgamentos morais e/ou religiosos, devendo ser pragmática.

Sobre a redução da oferta (chamada na PNAD de 2002, como repressão ao tráfico), quase não foram feitas alterações nos pontos já existentes, porém são adicionados aspectos importantes. Foi incluída a necessidade de se assegurar condições dignas de trabalho e assistência jurídica para os profissionais de segurança pública envolvidos com esta função. A nova política também direciona sua atenção para os policiais, assinalando que recursos orçamentários devem ser assegurados no âmbito da União, estados e do distrito federal para o aparelhamento daquelas polícias que são

especializadas nas atividades de combate ao tráfico de drogas. Além disso, houve a capacitação das polícias especializadas no combate às drogas nos níveis federal e estadual, dos membros do Ministério Público e Poder Judiciário com tarefas ligadas à prevenção e o fomento a constituição de departamentos especializados nas funções de combate às drogas, com o estabelecimento de coordenação integrada aos demais órgãos de apoio.

Na PNAD de 2002 era ressaltada a importância do “desmantelamento das organizações criminosas”, partindo-se de um planejamento eficaz de repressão através de fiscalização e investigação. Foi garantido recursos financeiros, técnicos e humanos para ações de desmonte de organizações criminosas e a consequente destruição de drogas ilícitas.

No que diz respeito ao controle e fiscalização de substâncias que possam ser utilizadas para a produção de drogas ilícitas, a nova PNAD apontava que a inspeção de todo o comércio e transporte de insumos, utilizados para produzir drogas (sintéticas ou não), deveria ser coordenado além dos órgãos competentes do Ministério da Justiça e da Saúde, também pelas Secretarias de Fazenda (estaduais, municipais e distrito federal). Outra diretriz adicionada na PNAD de 2005 foi a garantia de dotações orçamentárias para a implementação da Política de Segurança Pública, nomeadamente para as áreas de redução da oferta de drogas.

Desta forma, como é possível entender na redução da oferta não há uma mudança de direcionamento, apenas são adicionados pontos que a deixam mais específica, sendo influenciada pela abordagem proibicionista, já que o entendimento que se tem é que o avanço da criminalidade no Brasil se dá devido aos consumidores que estimulam a venda de drogas ilícitas e consequentemente o funcionamento de grandes organizações criminosas, sendo o Estado, neste caso por meio principalmente da SENAD, polícias e Receita Federal, tendo o papel apreender todas as drogas e queimar todas as plantações. A segurança da sociedade depende de um mundo livre de drogas.

**Figura 8 - Mudanças nas diretrizes ocorridas da Política Nacional Antidrogas de 2002 para a Política Nacional sobre Drogas de 2005**

	<b>PNAD de 2002</b>	<b>PNAD de 2005</b>
<b>Mudança no nome da política</b>	<b>Política Nacional Antidrogas</b>	<b>Política Nacional sobre Drogas</b>
<b>Consequências das drogas para a sociedade</b>	“Ameaça a sociedade”	Traz “prejuízos sociais e implicações negativas”
<b>Prevenção</b>	<p>1- Baseada em valores morais e éticos;</p> <p>2- Promoção “da interrupção do consumo dos usuários ocasionais”;</p> <p>3- Construir uma base de dados.</p>	<p>1- Baseada em princípios éticos e de pluralidade cultural”</p> <p>2- “Incentivar a diminuição do consumo”</p> <p>3- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) responsável pela base de dados</p> <p>4- Avaliação das ações conforme fatores regionais</p> <p>5- Envolvimento de diferentes áreas</p>
<b>Tratamento, recuperação e reinserção social</b>	<p>1- Articulação em rede nacional de assistência para o tratamento, recuperação e organizações responsáveis pela reinserção social e ocupacional;</p> <p>2- Base de dados com informações sobre tratamento e recuperação;</p> <p>3- Regulamentação de instituições de tratamento e recuperação;</p> <p>4- Instituições Residenciais de Apoio Provisório, assim como, Instituições e Organizações público e/ou privadas para Reinserção social e ocupacional.</p>	<p>1- Articulação em rede nacional de assistência através do SUS e SUAS para o tratamento, recuperação, Redução de Danos, e reinserção social e ocupacional</p> <p>2- Base de dados com informações sobre tratamento, recuperação, Redução de Danos, e reinserção social e ocupacional</p> <p>3- Regulamentação de instituições de tratamento, recuperação, Redução de Danos, e reinserção social e ocupacional</p>

		<p>4- Instituições Residenciais de Apoio Provisório, assim como, Instituições e Organizações público e/ou privadas para tratamento, recuperação, Redução de Danos, e reinserção social e ocupacional</p> <p>5- Arrecadação de taxas sobre atividades da indústria de álcool e tabaco, assim como, recursos do FUNAD para financiamento</p>
<p><b>Redução dos danos sociais e à saúde</b></p>	<p>1- Apoiar iniciativas e projetos de RD, sem e especificações</p>	<p>1- Apoiar iniciativas e projetos de RD e assegurar recursos técnicos, financeiros e políticos;</p> <p>2- Busca a diminuição dos impactos culturais, socioeconômicos e agravo a saúde causado pelas drogas;</p> <p>3- Regulamentação do agente redutor de danos como trabalhador da saúde;</p> <p>4- Envolvimento maior da comunidade com a estratégia de RD;</p> <p>5- Inserir a RD no ensino fundamental, médio e superior como uma abordagem de saúde e prevenção;</p> <p>6- Apoiar pesquisas científicas;</p> <p>7- Apoiar políticas de RD através da geração de emprego e renda</p>

<p><b>Repressão ao tráfico/ Redução da oferta</b></p>	<p>De forma mais geral aponta para a importância da redução da oferta das drogas ilegais, incentivando as operações de erradicação de plantações, apreensões de cargas e bloqueio do ingresso de drogas do exterior (é mantida pela PNAD de 2005)</p>	<p>1- Condições dignas de trabalho, físicas, mentais e de assistência jurídica para os profissionais de segurança pública;</p> <p>2- Desmantelamento das organizações criminosas com garantia de recursos financeiros, técnicos e humanos;</p> <p>3- Inspeção de insumos através das Secretarias de Fazenda estaduais, municipais e do Distrito Federal;</p> <p>4- Assegurar recursos orçamentários para o aparelhamento das polícias especializadas e estímulo a integração e coordenação com outros órgãos;</p> <p>5-Capacitar as polícias especializadas nos níveis federal e estadual e membros do PJ e do MP (prevenção) e estimular a criação de departamentos especializados;</p> <p>6- Dotações orçamentárias para a implementação da Política de Segurança Pública, nomeadamente para as áreas de redução da oferta de drogas.</p>
---	---	---

Fonte: Elaborada pela autora

Em agosto de 2006 foi instituída, através da Lei N<sup>o</sup>. 11.343, o Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas (SISNAD). Esta buscou reunir as duas leis que abordavam o tema: a 6.368/1976 e a 10.409/2002, revogando-as a partir de sua instituição. O SISNAD “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes”. A lista de drogas que causam dependência será atualizada constantemente não somente pelo órgão

responsável no Brasil, mas também conforme demanda de órgãos internacionais. No objetivo geral, foi retirado o termo repressão ao uso, trazendo somente: repressão à produção e ao tráfico e a prevenção do consumo e reinserção social de usuários.

O novo SISNAD levou em consideração os seguintes princípios:

[...] respeito à autonomia e liberdade de cada cidadão; respeito a diversidade, estímulo aos valores culturais, éticos e cidadania; buscar embasar as ações do SISNAD em ampla participação social; responsabilidade compartilhada entre sociedade e Estado; intersetorialidade; integração do planejamento nacional e internacional no que diz respeito ao consumo indevido de drogas, reinserção e repressão ao tráfico; buscar a cooperação mútua com o Ministério Público e dos Poderes Judiciário e Legislativo; perspectiva multidisciplinar e importância na integração e equilíbrio das ações de prevenção do uso impróprio, reinserção social e repressão ao tráfico e produção e por fim; cumprimento das normas e direcionamentos provenientes do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) (BRASIL, 2006, p. 15)

O SISNAD de 2006 é mais específico e pragmático. Isso pelo fato de que o Sistema Nacional Antidrogas buscava entender o tema das drogas, a construção de um direcionamento em nível nacional, uma estrutura e uma política nacional antidrogas até então, inexistentes. Com uma estrutura pré-definida, possui como objetivos específicos:

[...] colaborar para inserção social do cidadão, buscando diminuir a sua vulnerabilidade diante do uso de drogas inapropriado e tráfico de drogas; democratizar a informação sobre drogas; fomentar a integração entre as políticas de prevenção do consumo inapropriado de drogas, reinserção social do usuário e repressão ao tráfico e produção de drogas ilícitas e as demais políticas dos órgãos do Poder Executivo de todos os níveis do Estado e por fim; garantir as circunstâncias para conduzir a inclusão e articulação da repressão da produção e do tráfico, assim como, da prevenção e reinserção social (BRASIL, 1998).

A estruturação do SISNAD proporcionou uma orientação centralizada, porém uma aplicação descentralizada em todos os níveis do Estado. A Lei não determina quais são as substâncias ilícitas ou controladas, mas utiliza da listagem vinculada a Portaria N° 344 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), determinava quais são as ilícitas ou sob controle (BRASIL, 1998). Cabe aqui destacar três conceitos trazidos por esta portaria: o de entorpecente, psicotrópico e droga:

Entorpecente - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico. [...] Psicotrópico - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos deste Regulamento Técnico. [...] Droga - Substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária (BRASIL, 1998).

Nesta listagem, as substâncias psicotrópicas e entorpecentes surgiram a partir do regime internacional de drogas, no qual se encontram denominadas substâncias como a *cannabis* e cocaína. Não há uma discussão no contexto interno, apenas a incorporação deste regime. No que diz respeito à prevenção, às atribuições que a constituem são voltadas para a redução do risco, vulnerabilidade e aumento da proteção. Foi levada em consideração políticas e ações preventivas desenvolvidas até este momento de implementação do SISNAD, incorporando fatores importantes até então deixados de lado.

Referências à qualidade vida do cidadão e da sociedade em que vive, indicou a necessidade de fundamentos científicos para evitar o preconceito contra os usuários e serviços que os atendam. Desta forma, foi estabelecida a autonomia e responsabilidade de cada indivíduo, fortalecendo a responsabilidade compartilhada entre o Estado, iniciativa privada e sociedade. O SISNAD também considerou diferenças socioculturais, bem como a diferenciação entre drogas utilizadas. Propiciou o desenvolvimento de atividades educativas, esportivas, culturais, profissionais, dentre outros, como forma de inclusão social, objetivando ações preventivas ao “não uso”, “retardamento do uso” e redução de riscos.

Pela primeira vez foi abordada a necessidade de estruturar políticas preventivas conforme a droga abordada, mudando assim as estratégias voltadas para a redução de vulnerabilidades.

No que diz respeito às atividades e ações de “Atenção e de Reinserção Social de Usuários ou Dependentes de drogas”, estas são definidas como “aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas” (BRASIL, 2006, p. 14). Para o desenvolvimento destas deve ser levado em consideração, o respeito ao dependente e usuário de drogas, assim como as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde, atentando aos diferentes

aspectos socioculturais. Foi definindo um projeto terapêutico de forma individualizada, buscando a inclusão social e a redução de riscos e danos sociais e à saúde, mantendo sempre que possível a multidisciplinariedade e equipes multiprofissionais.

Para o desenvolvimento destas ações e programas foi necessário respeitar as diretrizes emanadas pelo Ministério da Saúde, sendo obrigatória uma previsão orçamentária. Tanto a iniciativa privada, quanto instituições da sociedade civil são encorajadas a criar ações voltadas à reinserção, sendo beneficiadas com recursos estatais e advindos do FUNAD.

Notou-se que há uma maior atenção ao usuário e/ou dependente como um cidadão, tendo direitos e garantias individuais respeitadas pelos atores, instituições e serviços responsáveis pela reinserção social. O novo SISNAD apontou para a integração com diferentes setores e com a sociedade civil, além de pontuar mais do que em todas as outras políticas para a importância do desenvolvimento de ações destinadas a prevenção.

O artigo 28 do SISNAD trouxe consigo uma das grandes mudanças na Política de Drogas, que foi a distinção na forma de lidar com o usuário e o traficante, despenalizando o usuário, apesar do consumo e produção para uso pessoal ainda ser crime. Conforme este artigo o usuário (em teoria) não poderá ser preso, sendo aplicáveis penas alternativas de: “I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (BRASIL, 2006, p. 15).

Entende-se que foi uma mudança necessária, porém incompleta, pois a diferenciação do usuário para o traficante ficou subjetiva na lei. Em uma sociedade que, historicamente adotou a abordagem proibicionista, estigmatizando o sistema de saúde e de segurança e taxando o usuário como um doente, torna-se um grande problema. É ressaltado no documento que esta distinção será feita através da decisão de um juiz que “atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2006, p. 17). Ao não ser pragmática, apontando a quantidade de droga ilícita que diferencia o traficante do usuário, esta lei abriu espaço para que muitos usuários dependam do local em que

serão encontrados, condições socioeconômicas e cor da pele, para posterior enquadramento.

Ao mesmo tempo em que despenalizou o uso, aumentou a pena para aqueles, enquadrados como traficantes, de 3 anos para 5 anos e mantendo a máxima em 15 anos.

Assim, é possível verificar que a abordagem antiproibicionista ganhou espaço no que diz respeito à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, por colocar em primeiro lugar o usuário e o seu direito de escolha, sobrando para o Estado o papel de oferecer serviços. Porém a influência proibicionista ainda é majoritária, principalmente pelo fato de que o artigo 28 desta política ao não estipular as gramas que diferenciam um usuário de um traficante abriu espaço para uma maior punição de determinados grupos sociais, principalmente pessoas pobres, negras (os) e moradores de bairros pobres.

Na figura 9 foi possível verificar a influência das abordagens proibicionista e antiproibicionista decorrer do período analisado.

**Figura 9 - Sistematização das leis, decretos e políticas de drogas analisadas**

<b>Decretos/leis /portarias</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Ano</b>	<b>Abordagem na Saúde Pública</b>	<b>Abordagem na Segurança Pública</b>
Decreto Nº. 3.696	Implementação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD)	12/2000	SENAD responsável pela criação de ações direcionadas a contenção da demanda, resultando no tratamento do usuário em programas de saúde mental  <b>(Proibicionista)</b>	Disputa entre a SENAD e DPF pela repressão ao tráfico e produção  <b>(Proibicionista)</b>
Lei Nº. 10.409	Prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito	01/2002	Não pontua sobre a prevenção, mas aborda a importância do tratamento de forma multiprofissional, tendo o Ministério da Saúde o papel de definir as substâncias que causam dependência e regulamentar as ações chamadas de redução de danos  <b>(influência antiproibicionista)</b>	Destruição de plantações e produtos ilícitos no geral e foco na prisão sem distinção entre usuário e traficante  <b>(Proibicionista)</b>
Decreto Nº. 4.345	Instituição da Política Nacional Antidrogas	08/2002	-Usuário tem direito ao tratamento mas este é taxado como o financiador do tráfico de drogas.  -Prevenção: interrupção do uso  -Reinserção social e ocupacional é jogada para instituições residenciais  -RD como estratégia de interrupção de uso  <b>(Proibicionista)</b>	Combate ao tráfico por buscar a solução na erradicação e apreensão de drogas ilícitas dentro do país e nas fronteiras  <b>(proibicionista)</b>
	Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de	2003	Pela primeira vez traz a importância das ações de RD, do SUS  <b>(antiproibicionista)</b>	X

	Álcool e outras Drogas			
Portaria N° 1.028	Portaria N° 1.028 do Ministério da Saúde	07/2005	Regulamentação das atividades destinadas à redução de danos sociais e à saúde  <b>(antiproibicionista)</b>	X
Portaria N° 1.059	Portaria N° 1.059 do Ministério da Saúde	07/2005	Incentivo financeiro para o fomento de ações de RD em CAPSad  <b>(antiproibicionista)</b>	X
Resolução do CONAD N° 3	Política Nacional sobre Drogas	10/2005	Mesmo peso a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Assegura recursos para o desenvolvimento de ações nessas áreas.  Articulação em rede nacional de assistência através do SUS e SUAS para o tratamento, recuperação, Redução de Danos, e reinserção social e ocupacional  <b>(proibicionista e antiproibicionista)</b>	Combater o tráfico, mas também implementar políticas públicas que melhorem a vida do cidadão, trazendo um conceito de segurança mais amplo.  <b>(proibicionista e antiproibicionista)</b>
Lei N° 11.343	Sistema Nacional de Política Públicas sobre Drogas (SISNAD)	2006	Prevenção: redução do risco, da vulnerabilidade e inclusão social. O objetivo é evitar o uso, mas também reduzir riscos do uso.  <b>(proibicionista e antiproibicionista)</b>	Diferenciação do usuário para o traficante, porém não diferencia de forma objetiva estes dois autores.  Aumentou a pena para o traficante.  <b>(proibicionista)</b>

Fonte: Elaborada pela autora

Em todos os decretos, leis e portarias estudadas a abordagem proibicionista está presente, pois existe a premissa que o uso de drogas ilícitas são dispensáveis e que o papel do Estado é punir quem vende e quem

consome estas drogas. Estas premissas são a base do proibicionismo que, de acordo com Fiore (2012), foram incorporadas no Brasil devido ao alinhamento dos governantes à guerra às drogas já estabelecidas em âmbito internacional e devido a fatores internos ligados a interesses políticos, econômicos, da classe médica e dos religiosos. Além disso, a moral e o preconceito a determinados grupos e formas de viver estiveram por trás deste processo de proibição e securitização das drogas ilícitas, não sendo diferentes dos decretos, leis e portaria analisadas.

Porém a guerra às drogas não é sustentável em longo prazo e pequenas mudanças já ocorrem em países da Europa e América do Norte no que tange à descriminalização e legalização do uso da *cannabis* e outras drogas. Incorpora-se a abordagem antiproibicionista, entendendo que o papel do Estado não é delimitar o hábito de uma sociedade, mas sim oferecer serviços para apoiar possíveis consequências deste uso, assim como ocorre com qualquer outra doença desenvolvida pelo ser humano.

No Brasil essas pequenas mudanças também estão ocorrendo. Observou-se que, em 1998, havia uma estrutura política totalmente focada na repressão do uso e tráfico, sendo que, em 2006, promoveu-se a Redução de Danos na saúde, buscando ampliar políticas voltadas à melhoria da qualidade de vida como forma de diminuir a repressão pelos órgãos de segurança pública. Este avanço, nem sempre constante, foi verificado no SISNAD de 2006, quando do aumento da pena para o crime de tráfico e por não haver uma distinção clara entre usuário e traficante (quantidade de droga apreendida). Destarte, neste período ocorreu um aumento nas prisões de usuários enquadrados como traficantes.

## Considerações Finais

Após o estudo de caso da Política de Drogas no Brasil, no período de 1998 a 2006, tendo como foco as áreas da saúde pública e segurança pública, concluir-se-á se as hipóteses levantadas no início desta dissertação foram comprovadas ou não.

A estruturação do Sistema Nacional Antidrogas, de 1998 a 2002, deu-se em um contexto de forte influência internacional, sendo que o regime internacional de drogas estava consolidando-se (sendo o Brasil signatário de todas as Convenções sobre Drogas no âmbito da ONU) em um contexto interno de eleições presidenciais. A abordagem proibicionista permeia tanto o entendimento quanto o tratamento sobre a questão das drogas no sistema. Este fato é verificável quando é dada a responsabilidade de formular ações e atividades referentes à contenção da demanda de drogas (uma questão de saúde pública), não ao Ministério da Saúde (que naquele momento não recebeu nenhuma atribuição) mas a SENAD. Esta Secretaria, então vinculada à Casa Militar que, com exceção dos dois primeiros anos de existência, foi comandada pelo General Paulo Roberto Uchoa, ligado a assuntos referentes à defesa externa e à segurança pública. Além do mais, tal reformulação do sistema de drogas deu-se quando Fernando Henrique Cardoso buscava a reeleição e viu na continuidade da estratégia proibicionista, com leves mudanças de estrutura, mas não de entendimento do tema, um caminho relativamente fácil de aproximação com grande parte da sociedade. O objetivo do sistema antidrogas, até o momento, era, ao menos retoricamente, buscar um mundo livre delas.

A primeira tentativa de desenvolvimento de uma Política Nacional Antidrogas deu-se por meio da Lei Nº. 10.409, de 2002, que tratava sobre prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, ao uso e ao tráfico de drogas. Apesar da maior parte dos artigos terem sido vetados, foi formulada no mesmo contexto de pressão internacional, porém já com a reeleição de FHC. No que diz respeito à segurança, foi pontuado a necessidade no desenvolvimento de ações de destruição de plantações e produtos ilícitos, com foco na prisão sem distinção entre usuário e traficante.

Na área da saúde, não há especificação da prevenção, mas há, pela primeira vez, a importância do Ministério da Saúde como definidor de estratégias voltadas para o tratamento, especificando a necessidade de regulamentar ações de Redução de Danos, demonstrando, neste momento, uma pequena influência da abordagem antiproibicionista, apesar da abordagem proibicionista permear tanto esta Lei quanto a construção e estruturação do Sistema Nacional Antidrogas.

Porém, o desenvolvimento da Política Nacional de Antidrogas se deu logo após, com o Decreto Nº. 4.345, que abordou de forma mais ampla a questão das drogas. Levando em consideração que os cenários, internacional e nacional, permaneceram constantes, a PNAD foi altamente influenciada pela abordagem proibicionista, no que diz respeito às estratégias de prevenção, pois o principal objetivo era interromper o uso. No mesmo sentido a respeito à política de Redução de Danos, dado que o objetivo não era somente oferecer as ferramentas para a diminuição das consequências do uso indevido de drogas (como o conceito de RD trabalhado no marco teórico deste estudo) e sim a interrupção do uso. Quanto ao combate ao tráfico, buscou a solução na erradicação e apreensão de drogas ilícitas dentro do país e nas fronteiras. No que diz respeito ao tratamento, há a proposta que o usuário teria direito ao tratamento visando construir uma rede de apoio em nível nacional, apesar de não haver especificações.

Em 2003, durante o primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva, pela primeira vez o Ministério da Saúde assume um papel de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, apontando para uma política voltada para a Redução de Danos e não mais na abstinência. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) é dado um papel central na oferta de serviços voltados para a prevenção, tratamento e reabilitação, deixando de lado a moral existente por traz do uso ou não de drogas ilícitas e tratando o processo apenas sob a ótica da saúde (pelo menos em teoria). Cabe destacar que pela primeira vez aparece a Redução de Danos, conforme apresentado no capítulo teórico desta dissertação, reconhecida como estratégia de tratamento, há neste caso a influência total da abordagem antiproibicionista. Nesta mesma linha, a Portaria Nº 1.028 do Ministério da Saúde regulamentou a Redução de Danos Sociais e à Saúde e, a Portaria Nº

1.059 do Ministério da Saúde, incentivou o auxílio financeiro para o fomento de ações de RD em CAPSad, também sob evidente influência antiproibicionista.

Em 2005, foi formulada a Política Nacional sobre Drogas, que substituiu a Política Nacional Antidrogas, trazendo mudanças importantes, dando um direcionamento mais específico e não ficando tão restrita quanto a Política passada. Apontou que a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social seriam feitas através do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o usuário e seus familiares, puxando a responsabilidade para o Estado em oferecer serviços e ferramentas para melhorar a vida dos usuários, sendo que, antes, era incentivada a atuação das Comunidades terapêuticas para realizar estas atividades. Também deu importância para todas as fases do processo e apoiou ações de RD. Por fim, na redução da oferta, além da repressão, entendeu-se que é necessário implementar políticas públicas que melhorassem a qualidade de vida dos cidadãos e dos profissionais da segurança pública. Como é possível notar nesta política, existe a influência das duas abordagens: proibicionista (Estado ainda proíbe uso e venda) e antiproibicionista (reconhecendo que o uso ocorre e oferece serviços para melhorar a vida do usuário).

Por último, em 2006, com a implementação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) há ampliação do debate que já vinha sendo feito no contexto do Ministério da Saúde e na PNAD, com foco na expansão dos direitos do usuário. Porém, no que diz respeito à segurança, o artigo 28 que trazia o que era para ser o grande avanço antiproibicionista (distinção entre usuário e traficante), coloca novamente o Estado com um reforço em seu papel discriminatório e punitivista, sendo que dependendo do local, classe social e cor da pele, o usuário pode ser enquadrado como traficante.

Assim, foi possível concluir que o proibicionismo permeou toda a Política de Drogas no período analisado, promovendo a proibição de determinadas drogas sem uma ampla discussão com áreas e setores envolvidos e desempenhando o papel de definidor de hábitos, confirmando, assim, a primeira hipótese levantada (apesar de certa flexibilização quanto ao aspecto de definidor de hábitos a partir de 2003). Porém, é possível apontar

uma crescente influência da abordagem antiproibicionista, principalmente nas ações promovidas na área da saúde.

Ressalta-se, de forma simplificada, dois momentos na Política de Drogas no período analisado (1998 a 2002), com um sistema e leis antidrogas fundamentada na abordagem proibicionista: no campo da saúde pública, visando o tratamento baseado na abstinência e internação e no campo da segurança pública, focando na repressão ao tráfico por meio de apreensão de drogas, queima de plantações, prisões e a não diferenciação entre traficante e o usuário. No período compreendido entre 2003 a 2006, começa-se a entender que a questão das drogas ilícitas é complexa, exigindo o envolvimento de diferentes órgãos e setores. Tem-se, pela primeira vez, a defesa e regulamentação da Redução de Danos na saúde pública como forma de tratamento de usuário de drogas, respeitando o direito de escolha de cada indivíduo e a importância do SUS neste processo. Há uma ampliação do conceito de segurança na PNAD de 2005, entendendo que somente a repressão ao tráfico não é necessária para a diminuição da violência, sendo também é necessária a criação de políticas que visem o desenvolvimento socioeconômico dos indivíduos, compartilhamento de informações, dentre outros (apesar de superficial). Sendo assim, a segunda hipótese é parcialmente confirmada, pois a influência da abordagem antiproibicionista começou antes da implementação do Sistema Nacional de Política Públicas sobre Drogas. Ela surge em 2003 após a publicação da Política do Ministério Público da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas, quando há de fato, o uso da abordagem antiproibicionista na saúde pública, apontando a Redução de Danos como principal frente de ação.

Porém, cabe destacar que esta influência antiproibicionista deu-se apenas no contexto da saúde pública, pois apesar de ter havido uma expansão no significado de segurança, a principal fonte de ação neste campo ainda continua sendo a repressão ao tráfico, apreensão de drogas, destruição de plantações e o desmantelamento de facções criminosas.

Apesar destes avanços nunca houve em âmbito nacional uma discussão envolvendo diferentes áreas como: Ciências da Vida, Ciências Humanas, dentre outras. Da mesma maneira como os diversos setores

concernidos, sociedade civil, acadêmicos, pesquisadores, policiais, não foram escutados para que pesquisas sobre drogas ilícitas fossem apresentadas não somente para apontar os efeitos das drogas no corpo humano, mas também a eficácia da repressão ao uso e ao tráfico, prevenção e tratamento. Os fóruns e encontros internacionais tiveram grande papel como definidores de como algumas drogas seriam tratadas. Estes sempre tiveram a prevalência dos interesses políticos, religiosos e econômicos de classes muito específicas. Porém, cabe destacar que a incorporação deste regime internacional proibicionista na legislação brasileira também veio de encontro com os interesses destas classes específicas existente no país.

Entretanto, nos últimos anos alguns países têm optado pela revisão desta política proibicionista, como o Uruguai, Canadá, alguns estados dos EUA, Portugal, dentre outros, dando passos rumo a implementação de uma abordagem antiproibicionista, com a descriminalização do usuário e a legalização de drogas, passando o Estado a atuar no desenvolvimento de ações e serviços voltados para a prevenção do uso prejudicial a saúde e para o tratamento baseado na redução de danos, sem julgamentos morais e com maior embasamento científico.

## Referências

ABDALLA, R. R. et al. **Prevalence of Cocaine Use in Brazil**: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *AddictBehav.*, v. 39, n.1, p. 297- 301, 2014.

ACERO, Hugo Velásquez. **Os governos locais e a segurança cidadã**. (Internet), Consultor do PANUD, 2006.

ADIALA, Júlio Cesar. **A criminalização dos entorpecentes**. Rio de Janeiro: Edição Independente, 2006.

ADIALA, Júlio Cesar. **O problema da maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1986.

AGRA, Candido. **Droga**: dispositivo crítico para um novo paradigma. Gabinete da Presidência da República de Portugal, 1996.

ÁLVAREZ GÓMEZ, Camilo; LANDÍNEZ, Camilo e NIETO, Adolfo. “**Las políticas antidrogas en México y lanarcotización de la agenda de seguridad**”. En *Fuerzas Armadas en la política antidrogas: Bolivia, Colombia y México*, editado por Alejo Vargas Velásquez, 243-285. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011.

AMERIPOL. **Análisis situacional del narcotráfico**: ‘Una perspectiva policial’ Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá y Perú. Bogotá: Ameripol, 2013.

Amuy, L. M. P. **A lei anti-tóxico**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2005.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Redução de danos: um novo paradigma? In: ALMEIDA, Alba Riva; NERY FILHO, Antonio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; FERREIRA, Olga Sá (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/ UFBA, 2004.

ANDRADE, Tarcísio Matos de; DOURADO, Maria Ines; FARIAS, Alessandro Henrique e CASTRO, Bernardo Galvão. **Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia**. Ministério da Saúde - Série Avaliação 8 - A Contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil, 2006.

ANTÓN, D. **El Concepto “Drogas”**: desinformación em sociedades consumidoras periféricas. In: *Cultura y Drogas*. Manizales/Colômbia, 2006.

ARAÚJO, M. A. P; MOREIRA, F. G. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. (Org.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008.

BARREIRA, M.; BOTELHO, M.L. O Exército nas ruas: da Operação Rio a ocupação do Complexo do Alemão. Notas para uma reconstrução da exceção urbana [*The Army in the streets: From Operation Rio to the occupation of the Complexo do Alemão*. Notes for a reconstruction of the urban exception]. In: BRITO, F.; OLIVEIRA, P. R. de (Ed.). **Até o último homem** [*To the last man*] (pp. 115-128). São Paulo: Boitempo, 2013.

BECKER, H. S. [1963]. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. 1ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2008.

BOITEUX, L. Breve histórico do controle internacional de drogas. In.: BOITEUX, L.; et. al. **Tráfico de drogas e Constituição: um estudo jurídicosocial do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais**. Relatório Final do Projeto de Pesquisa apresentado ao Ministério da Justiça/PNUD, no Projeto “Pensando o Direito”, Referência PRODOC BRA/08/001. Universidade Federal do Rio de Janeiro/Universidade de Brasília. Rio de Janeiro/Brasília, 2009.

BOITEUX, Luciana. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

BRASIL. **A Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em:. Acesso em 21 maio 2020.

BRASIL. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. SENAD, 2013.

BRASIL. **Constituição** da República Federativa do **Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto n.º. 14.969, de 3 de setembro de 1921**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1921b.

BRASIL. **Decreto Nº 4.345, DE 26 de agosto de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm). Acesso em: 03 maio 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 828, de 29 de Setembro de 1851**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1851. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. **Debata sobre a Política Nacional Antidrogas a ser exposta pelo Brasil na reunião da Comissão de Entorpecentes da Organização da Nações Unidas, marcada para o mês de abril deste ano.** Camara dos Deputados, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Lei Nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1971.

BRASIL. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.**Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1980.

BRASIL. **Lei Nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1980.

BRASIL. **Lei Nº 8.764, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1993.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. **Decreto nº 3.696,de 21 de dezembro de 2000.**Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. **Decreto Nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1890. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-828-29-setembro-1851-549825-publicacaooriginal-81781-pe.html>>. Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. **Decreto nº. 4.294, de 6 de junho de 1921.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1921a.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 385, de 26 de dezembro de 1968.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1968. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-385-26-dezembro-1968-378122-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 891, de 25 de Novembro De 1938.**Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1938. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm). Acesso em: 01 set 2020.

BRASIL. **Decreto-lei Nº2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Histórico de GLO.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/exercicios\\_e\\_operacoes/glo/2.tabelasa\\_gloa\\_atualizadada\\_ema\\_mai\\_a\\_20.pdf](https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/exercicios_e_operacoes/glo/2.tabelasa_gloa_atualizadada_ema_mai_a_20.pdf). Acesso em 05 de set 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm). Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm). Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. **Lei Nº 5.726, de 29 de outubro de 1971.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1971. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1970-1979/L5726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L5726.htm). Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1976. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6368.htm#art46](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm#art46). Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Manual de Garantia da Lei e da Ordem.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/2014/mes02/md33a\\_ma\\_10a\\_gloa\\_2eda\\_2014.pdf](https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/2014/mes02/md33a_ma_10a_gloa_2eda_2014.pdf). Acesso em 05 de set 2020.

BRASIL. **Manual de Redução de Danos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Brasil. **Política Nacional Antidrogas.** Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

BRASIL. **Portaria 397-B.** Diário Oficial da União (Brasília, DF), Seção I, parte I, 1975a

BRASIL. **Programa de Governo 2002.** Disponível em: <https://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/arquivos/eleicoes02/plano2002-lula.pdf>. Acesso em: 08 maio de 2021.

BRASIL. **Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas.** Brasília, 1999.

BRASIL. **Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas, 27 a 29 de novembro de 1998.** Brasília, SENAD, 1999.

BRASIL. **Secretária Nacional Antidrogas.** Brasília: Boletim informativo OBID, 2005.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CARPENTER, TedGalen. Competing Models: International Initiatives and the War on Drugs. In: ZEPEDA, Roberto y ROSEN, Jonathan D. **Cooperation and**

**Drug Policies in the Americas: Trends in the Twenty-First Century.** Lanham: Lexington Books, 2016.

CARVALHO, J. C. **Regulamentação e criminalização das drogas: a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente e a internalização do proibicionismo no Brasil (1936- 1946).** 2013. 117 p. Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CONTE, Marta. **Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis?** In: Jornada Clínica da APPOA, n. 118, 2003, Porto Alegre, RS.

\_\_\_\_\_. **A Emergência da Política Mundial de Drogas: O Brasil e as Primeiras Conferências Internacionais do Ópio.** Oficina do Historiador, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 7, n. 1, jan./jun. 2014

CARDINALE, María Eugenia. **El narcotráfico en la historia de las relaciones internacionales contemporáneas.** Relaciones Internacionales, Madrid, n. 37, p. 95-120, Fev. 2018.

CARNEIRO, H. **A Economia das Drogas na América Latina: magnitude, conceitos e políticas de controle.** Universidade de São Paulo, 2009.

CARNEIRO, H. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX.** Outubro, 6, 115-128, 2002

CARNEIRO, H. **Drogas: A história do proibicionismo.** São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: CARNEIRO, H. VENANCIO, R.P. **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

CARVALHO, Ilona Szabó de. **Latin America awakes: a review of the new drug policy debate.** Norwegian Peacebuilding Resource Centre, Oslo, Oct. 2013. Disponível em: <[https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/10/latin\\_america\\_awakes\\_NOREF.pdf](https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/10/latin_america_awakes_NOREF.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2021.

CARVALHO, J. C. **Regulamentação e criminalização das drogas: a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente e a internalização do proibicionismo no Brasil (1936-1946),** 2013. 117 p. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil: Estudo criminológico e dogmático.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

CHILCOTE, Ronald H., **Teorias de política comparativa**: a busca de um paradigma reconsiderado. Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Petrópolis: Vozes, 1998.

CONTRIM, BC. Prevenção ao uso de drogas na escola. In: Seidl EMF, organizadora. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. Brasília: CEAD/UnB/ SENAD/SGL/PR; 1999.

COSTA, Eduardo José Monteiro da. A cultura como chave para a dependência da trajetória na teoria institucionalista de Douglas North. **Nova Economia**. v.29 n.especial p.1359-1385, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/neco/v29nspe/1980-5381-neco-29-spe-1359.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2020.

CRICK, E. **Drugs as an existential threat: An analysis of the international securitization of drugs**. InternationalJournalofDrugsPolicy, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.03.004>. Acesso em: 28 de agosto 2020.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria. Determinantes sócio-culturais do uso abusivo de álcool e outras drogas. In: CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros (Org.). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Ed. Ipub-Cuca. 2001.

DE CARVALHO, J. C. **A emergência da política mundial de drogas**: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. Oficina do Historiador, Porto Alegre, EDIPUCRS, v. 7, n. 1, jan./jun. 2014, p. 153-176.

DIAS, Camila Caldeira Nunes. (2011), **Da pulverização ao monopólio da violência**: expansão e consolidação do Primeiro Comando da Capital (PCC) no sistema carcerário paulista. São Paulo, 386 pp. Tese de doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.

DIAS, Rafael. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 158f. Dissertação de Mestrado Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

DUQUE, Marina Guedes. **O Papel de Síntese da Escola de Copenhague nos Estudos de Segurança Internacional**. Contexto Internacional. Vol.31 n°3, setembro/dezembro Rio de Janeiro, 2009.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

ESCÓSSIA, Liliana da; KASTRUP, Virgínia. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, mai./ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a17>. Acesso em: 21 de março de 2021.

FERREIRA, P. S. LUIS, M. A. V. **Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas.** Texto e Contexto de Enfermagem, 13, 209-216, 2004.

FOUCAULT, Michel. 1998. *Ethics: Subjectivity and Truth.* Nueva York: The New Press.

FOUCAULT, Michel. **Omnes et Singulatim:** Para uma crítica da razão política. Tradução Selvino José Assmann. Desterro - Brasil: Ed. Nephelibata, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 27.ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987. 288p.

\_\_\_\_\_. **Segurança, Território, População.** Trad. Eduardo Brandão. SP: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade 1:** A Vontade de Saber. 2ª ed. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FIGLIARO, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas:** o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos Cebrap*, n. 92, p. 9-21, 2012.

FREIRE, Moema. **Paradigmas de Segurança no Brasil:** da Ditadura aos nossos dias. *Revista Aurora*, v. 3, n. 5, p. 49-58, dez. 2009.

GARCIA, M.L.T., LEAL, F., ABREU, C. A Política Antidrogas Brasileira: velhos dilemas [*The Brazilian antidrug policy: Old dilemmas*]. **Psicologia & Sociedade**, 20 (2): 257-266, 2008.

GENRO, Tarso. **Novas abordagens para segurança pública e políticas de drogas.** Conselho Internacional de Segurança e Desenvolvimento (ICOS). Petrópolis: Vozes, 2009.

GOMES, Simone. **Uma história de amor e guerra** - o narcotráfico e a guerra às drogas. *Horizontes ao Sul*, 2019. Disponível em: <<https://www.horizontesaosul.com/sobre>>. Acesso em 05 de set 2020.

GOULÃO, J. C. B. **A caminho da UNGASS 2016.** *Debate. Argumentum*, Vitória (ES), v. 7, n.1, p. 21-25, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.9873>. Acesso em 06 junho de 2021.

GRECO FILHO, V. **Tóxicos:** prevenção – repressão. 14ª Edição. São Paulo, Saraiva, 2011.

GUANABARA, Luiz Paulo. **Nova Lei de Drogas:** Avanços e Limitações. Em: *Uma Guerra Sem Sentido, Drogas e Violência no Brasil.* *Revista Drogas e Conflito*, Nº 11, Novembro de 2004.

HARGRAVES, C. **Snow fields**: The war on cocaine in the Andes. New York: Holmes & Meier, 1992.

HERSCHINGER, Eva. **Constructing Global Enemies**: Hegemony and Identity in International Discourses on Terrorism and Drug Prohibition. Nueva York: Routledge, 2011

HERZ, M. **Brazil, Andean security, and U.S. regional security policy**. In B. Loveman (Ed.), *Addicted to failure* (pp. 197-223). Plymouth, MA: Rowman & Littlefield, 2006.

HERZ, Mônica. **Política de segurança dos EUA para a América Latina após o final da Guerra Fria**. *Estudos Avançados*, 01 December 2002, Vol.16(46), p. 85-104. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v16n46/v16n46a07.pdf>>. Acesso em: 03 de set 2020.

IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1961. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=720&view=detalhes>. Acesso em 05 de junho de 2021.

IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1974. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=720&view=detalhes>. Acesso em 05 de junho de 2021

INKSTER, Niger; COMOLLI, Virginia. **Drogas, inseguridad y Estados fallidos**: los problemas de la prohibición. Bogotá: Ediciones Uniandes; Londres: IISS/Routledge, 2013

IPEA. **Nota Técnica**. 2017. Disponível em: <[www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29865](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29865)>. Acesso em 02 set 2020

ISACSON, A. **Las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en la 'guerra contra las drogas' [The U.S. Armed Forces in the "war on drugs"]**. In C. Youngers, & E. Rose (Eds.), *Drogas y democracia en América Latina [Drugs and democracy in Latin America]* (pp. 29-84). Buenos Aires: Biblos, 2005.

IULIANELLI, J. A. S. **O gosto bom do bode**: Juventude, sindicalismo, reassentamento e narcotráfico no Submédio. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 192-227). Rio de Janeiro, 2000.

IZQUIERDO, S. V. **Focalizando a fluidez**: As vias transversais do narcotráfico na Colômbia. In A. M. M. Ribeiro & J. A. S. Iulianelli (Eds.), *Narcotráfico e violência no campo* (pp. 60- 80). Rio de Janeiro, RJ: DP & A, 2000.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira (trad). 3a edição, São Paulo, Perspectiva, 2003.

LABATE, B.C., GOULART, S.L., FIORE, M., MACRAE, E, CARNEIRO, H. (Eds.). **Drogas e Cultura**: Novas Perspectivas [Drugs and culture: New

perspectives]. Salvador: Edufba. Labrousse, A. (1996). *The geopolitics of drugs*. Paris: OGD, 2008.

LEAL, F. X. **Conselhos Municipais Antidrogas: Entre o Sonho e a Realidade**. 2006. 272 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-Graduação em Política Social

LEAL, F. X., & GARCIA, M. L. T. (2005). **Começos, recomeços ou não começos**: Os conselhos municipais antidrogas no Brasil [Resumo]. In Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas (Ed.), *Resumos de comunicações científicas, XVII Congresso da ABEAD*. Ouro Preto, MG: ABEAD.

LESSING, Benjamin. **As facções cariocas em perspectiva comparada**. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 80, mar. 2008, p. 43-62

LIMA, R.C.C. de. **O problema das drogas no Brasil**: revisão legislativa nacional. *Libertas: Revista da Faculdade de Serviço Social/UFJF*, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, 2010.

MCALLISTER, W. **Drug diplomacy in the twentieth century**: An international history. New York, NY: Routledge, 2000.

\_\_\_\_\_. **“Reflection on a Century of International Drug Control”**, editado por William McAllister, *Governing the Global Drug War*, 10-16. Londres: LSE Ideas, 2012.

MESQUITA, Fábio. **Perspectivas das estratégias de Redução de Danos no Brasil**. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (Orgs.). **Drogas e AIDS: estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. **Aids e drogas injetáveis**. In A. Lancetti (Org.), *Saúde Loucura 3* (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2007, vol.14, n.3, pp.801-821. ISSN 1678-4758. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. M. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de Redução de Danos**. Psicologia: ciência e profissão, 2013.

MACRAE, E. (1996). **A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão**. Retrieved October 30, 2006.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política**. Livro I: O processo de produção do capital. Trad. Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013, pp. 113-158.

MATOS, M. I. S. **Meu lar é o botequim**. São Paulo, SP: Nacional, 2000.

- MATOS, M. I. S. **Meu lar é o botequim**. São Paulo, SP: Nacional, 2000.
- MELMAN, J. **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, 2001.
- MESQUITA, F. **Políticas públicas de drogas**: A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. Retrieve, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- MISSE, Michel. **As ligações perigosas**: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência no Rio. Contemporaneidade e educação, vol. 1, nº 2, 1997, pp. 93-116.
- MUSUMECI B. **O consumo de álcool no país**. In: Zaluar, Alba. Organizadora. Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 83-96.
- OCCHINI, M.; TEIXEIRA, M. **Atendimento a pacientes dependentes de drogas**: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. Estudos de Psicologia (Natal), 11, 229-236, 2006.
- OLINGER, Marianna. **Drogas**. Questões e Perspectivas: Brasil e a Política Nacional sobre Drogas. In Segundo Volume da série “Drogas: questões e perspectivas”. ONG-Viva Rio, Open Society Institute, 2005.
- OLIVEIRA, Claudete J. de. O enfrentamento da dependência do álcool e outras drogas pelo estado brasileiro. In: BRAVO, Maria Inês Souza, et al. **Saúde e Serviço Social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. P. 179-195.
- OLMO, Rosa Del. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1990.
- ONU. **Da coerção à coesão**: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Documento para discussão com base em uma oficina técnica UNODC, Viena 28-30 de outubro de 2009. Nova York: Nações Unidas, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. **Redução de danos e saúde pública**: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicologia & Sociedade, 2011.

PBPD. **Entendendo a política de drogas no cenário internacional**. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Cartilha-UNGASS.pdf>>. Acesso em 24 de out 2021.

PEDRAZA GÓMEZ, Zandra. 2004. “**El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social**”. Iberoamericana 15: 7-19.

PIERANGELI, J. H. **Códigos penais do Brasil: evolução histórica**. 2ª Edição, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

PNUD. **Rumo a uma política integral de convivência e segurança cidadã na América Latina: marco conceitual de interpretação-ação**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Mimeo, 2005.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26, 50-62, 2004

RICCIARDI, G. S. **O uso da Ayahuasca e a experiência de alívio, transformação e cura na União Vegetal (UDV)**. In: NERY FILHO, A., et al. orgs. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, pp. 37-60.

RODRÍGUEZ LUNA, A. La Iniciativa Mérida y la lucha contra las drogas. Pasado y presente [The Merida Initiative and the fight against drugs: Past and present]. In R. Benítez Manaut (Ed.), **Crimen organizado e Iniciativa Mérida en las relaciones México-Estados Unidos** [Organized crime and Merida Initiative in Mexico-United States relations] (pp. 31-68). México, DF: CASEDE, 2010.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico e repressão estatal no Brasil: um panorama do tráfico de drogas brasileiro**. 2003. Disponível em . Acesso em 06 de junho de 2021.

RODRIGUES, T. **Temor e controle social numa negra cidade**. In: VERVE, São Paulo, Nu-Sol/PEPG Ciências Sociais, n. 05, 2004, pp. 291-295.

RODRIGUES, T.. “**A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente**”. São Paulo, Perspectiva, p. 102-111, 2002.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas: uma genealogia do narcotráfico**. São Paulo: Desatino, 2017.

RODRIGUES, Thiago; LABATE, Beatriz. “**Prohibition and the War on Drugs in the Americas: An Analytical Approach**”. Em Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas, editado por Beatriz Caiuby Labate, Clancy Cavnar y Thiago Rodrigues, 11-32. Cham: Springer, 2016.

RODRIGUES, T. **México y el narcoanálisis: una genealogía de las políticas de drogas en los gobiernos Calderón y Peña Nieto**. Bogotá: Colombia Internacional, 2019.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico e militarização nas Américas**: vício de guerra. Contexto int. [online]. 2012, vol.34, n.1, pp.9-41.

REGINATO, A. D de A. **Regulamentação de uso de substância psicoativa para uso religioso**: o caso da ayahuasca. In: Revista Tomo. Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe. n 17. Jul/dez 2010.

ROSA, A. S., CAVICCHIOLI, M. G. S., BRETÃS, A. C. P. **O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13, 576-582, 2005.

SÁ, D.B.S. Projeto para uma nova política de drogas no país in: ZALUAR, A. **Drogas e Cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SAMPÓ, Carolina. **“Brasil: lae-significación de laviolencia como resultado del avance de organizaciones criminales”**. Espanha: Revista de Estudios em Seguridad Internacional, 2018.

SAMPÓ, Carolina. **De laeclusión em lasprisiones al control del tráfico de cocaína**: laevolución de lasorganizaciones criminalesbrasileñas. Madrid: Real Instituto Elcano, 2019.

SANTANA, Adalberto. 2004. **El narcotráfico en América Latina**. México: SigloVeintiuno, 2004.

SANTOS, Marcelo. **A política dos Estados Unidos de combate ao narcotráfico e o plano Colômbia (1998-2005)**. Estudos de Sociologia, v. 12, n. 22, 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/106750>>. Acesso em: 11 maio 2021.

SANTOS, Marcelo. **O Conflito Colombiano e o Plano Colômbia**. In: SENHORAS, E. M.; CAMARGO, J. F. (Orgs). Coleção Relações Internacionais, Boa Vista: 23 Editora, 22 23 UFRR, vol. 3, 2011. Disponível em: Acesso em: 16 de julho. de 2021.

SERRA, C. A., & RODRIGUES, T. **Estado de Direito e Punição**: a lógica da guerra no Rio de Janeiro. Revista Paranaense de Desenvolvimento, 35(126), 91-108, 2014.

SEVALHO, G. **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. Cadernos de Saúde Pública, 9, 349- 363, 1993.

SILVA, Luiza Lopes da. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira**. Brasília: FUNAG, 2013. Disponível em:< [http://funag.gov.br/index.php/pt-br/loja/download/1028-Questao\\_das\\_Drogas\\_nas\\_Relacoes\\_Internacionais\\_A.pdf](http://funag.gov.br/index.php/pt-br/loja/download/1028-Questao_das_Drogas_nas_Relacoes_Internacionais_A.pdf)>. Acesso em: 11 maio 2021.

SOUZA ML, BOARINI ML. **A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental**. Ver braseducspec 2008; 14(2): 273-292.

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382008000200009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382008000200009&script=sci_arttext). <Acesso em 25 de abril de 2021.

STASIULIUS, Daiva; ROSS, Darryl. **Security, flexible sovereignty, and the perils of multiple citizenship**. In. NYERS, Peter. *Securitizations of Citizenship*. Londres: Routledge, 2009, p. 94-118.

SZASZ, Thomas. *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama, 1993.

TENA, B. B. L. **La guerra de la cocaína: drogas, geopolítica y medio ambiente**. Madrid: Editorial Debate, 2000.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 2016. 371 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

UNITED STATES OF AMERICA. **National Security Decision Directive Number 221 - Narcotics and National Security**. Washington, 1986. Disponível em: <<https://www.fordlibrarymuseum.gov/library/document/0067/1562951.pdf> >. Acesso em: 26 jul. 2019

UNODC. **Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas**, 1988. Disponível em: <[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf) >. Acesso em: 04 de jul. 2020.

UNODC. **Convention on Psychotropic Substances**, 1971. Disponível em: <[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1971\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf)>. Acesso em: 04 de jul. 2020

UNODC. **Political Declaration, Guiding Principles of Drug Demand Reduction and Measures to Enhance International Cooperation to Counter the World Drug Problem**. Viena, 1998. Disponível em: <[https://www.unodc.org/pdf/report\\_1999-01-01\\_1.pdf](https://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-01_1.pdf)>. Acesso em 24 de out. 2021.

UNODC. **Single Convention on Narcotic Drugs**, 1961. Disponível em: <[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1961\\_en.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf) >. Acesso em: 04 de jul. 2020

UNODC. **World Drug Report**, 2018. Disponível em: <<https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>>. Acesso em: 02 de set. 2020

VILLELA, P. **As Dimensões Internacionais das Políticas Brasileiras de Combate ao Tráfico de Drogas na Década de 1990**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Programa de Pós-graduação San Tiago Dantas (UNESP, UNICAMP, PUC-SP). São Paulo. 2015.

WAEVER, Ole; BUZAN, Barry e WILDE, Jaap de. (1998). **Security: a New Framework for Analysis**. Londres, Lynne Rienner Publishers.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

ZAVERUCHA, J. **Sarney, Collor, Itamar, FHC e as Prerrogativas Militares (1985 - 1998)**. Meeting of the Latin American Studies Association, The Palmer Hilton House Hotel, Chicago, September 24-26, 1998.