

**TOLEDO PRUDENTE CENTRO UNIVERSITÁRIO
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

**A PROBLEMÁTICA FIGURA DO USUÁRIO DE CRACK NO QUADRO DA
POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE ÀS DROGAS**

Ana Carolina Pisarro

Presidente Prudente/SP
2015

**TOLEDO PRUDENTE CENTRO UNIVERSITÁRIO
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE DIREITO DE PRESIDENTE PRUDENTE

**A PROBLEMÁTICA FIGURA DO USUÁRIO DE CRACK NO QUADRO DA
POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE ÀS DROGAS**

Ana Carolina Pisarro

Monografia apresentada como requisito
parcial de Conclusão de Curso para
obtenção do grau de Bacharel em Direito,
sob orientação do Prof. Dr. Mário
Coimbra.

Presidente Prudente/SP
2015

**A PROBLEMÁTICA FIGURA DO USUÁRIO DE CRACK NO QUADRO DA
POLÍTICA NACIONAL DE COMBATE ÀS DROGAS**

Monografia aprovada como requisito
parcial para a obtenção do Grau de
Bacharel em Direito.

Mário Coimbra
Orientador

Glauco Roberto Marques Moreira
Examinador

Antenor Ferreira Pavarina
Examinador

*“Ousado aventureiro, decida de uma vez:
Faça o sino vibrar e aguarde o perigo
Ou acabe louco de tanto pensar:
‘Se eu tivesse tocado, o que teria acontecido?’” (C.S. Lewis)*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço Àquele todo poderoso, que tanta luz enviou para o meu lar, e tantas energias positivas me envia, ajudando-me a caminhar nas horas brilhantes, bem como nas mais escuras.

Também aos meus pais e à minha irmã agradeço por todo o apoio, pelos conselhos mais sábios, por sempre estarem ao meu lado e me ensinarem e apoiarem da maneira que ninguém mais poderia tê-lo feito com tão grande maestria.

Ao meu avô, figura tão sábia e fonte interminável de inspiração, me mostrando como um verdadeiro profissional do direito deve se portar, e como a carreira que escolhi pode ser tão singularmente bela.

À minha avó e bisavó, mulheres tão amorosas, e exemplos tão maravilhosos.

Aos meus amigos por tantas risadas e por me acompanharem nesta jornada.

Ao meu orientador, que com tanta paciência e brilhantismo guiou e conduziu este trabalho de forma tão singular.

RESUMO

Este trabalho buscou analisar a figura do usuário de crack no Brasil, como se dá o seu tratamento pelas formas da lei e como funciona no mundo fático. Uma análise percorrendo, em primeiro lugar a história da droga, bem como os diplomas legais internacionais e o direito comparado, estudando a evolução do direito internacional acerca do tratamento dispensado aos usuários de drogas, e a atual política pública de tratamento de toxicômanos de países com influência internacional no tema, ou que apresentem grande influência no Brasil foi a eleita para o melhor entendimento do tema. Em seguida passou-se ao estudo das normas brasileiras acerca dos dependentes químicos, desde as Ordenações Filipinas até a vigente Lei 11.343 de 2006. Para esclarecer como seria o tratamento ideal, foi feito um breve estudo sobre o vício em crack, como se dá, como funciona a droga no organismo, e qual seria a melhor forma de vencer esse mal. Por derradeiro procedeu-se à observação dos desdobramentos práticos da Lei 11.343/06, como é feito o tratamento do usuário de Crack no Brasil, e como poderia ser melhorado em nosso país. Quanto aos métodos científicos por este trabalho adotados, em primeiro lugar foi o método histórico, analisando desde os primórdios os diplomas legais a tratar do tema, também foi utilizado o método comparativo, estudando a eficácia ou a ineficácia do tratamento de outros países comparado ao tratamento brasileiro ao usuário de Crack.

Palavras-chave: Crack. Usuário de drogas. Vício em crack. Tratamento. Lei de Drogas. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This work aimed the study of the crack user in Brazil, how they are treated by laws and how these laws are reflected in reality. In first place an analysis of this drug history, as well as international laws and comparative laws, studying the international legislation evolution when it comes to handling drug addicts, and the current public politics attending drug addicts of internationally influential countries and the ones that have a big impact on Brazil was elected to a better understanding of the theme. Then proceeded to the study of Brazilian laws about the theme, since the Philippines Ordenations until the present Law 11.343 from 2006. To clarify how it would be the ideal treatment, it was made a brief study about crack addiction, how it happens, how the drug works in the human body and how would it be the better way to counteract this evil. At last proceeded to the observation of the practical deployments of the Law 11.343/06, how its done the treatment of the crack user in Brazil, and how it could be improved. As for the scientific methods used in this work, in first place was used the historical method, analyzing since the beginnings the statutes regarding the theme, it was also used the comparative method, studying the effectiveness or the ineffectiveness of the crack user treatment from other countries compared to the Brazilian.

Keywords: Crack. Drug User. Addiction in Crack. Treatment. Drug Law. Public Politics.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CRACK	12
2.1 Considerações Iniciais.....	12
2.2 Da Origem da Cocaína.....	12
2.3 A Descoberta do Crack	16
2.4 Da Evolução Histórica do Crack no Brasil	16
3 EVOLUÇÃO DOS TRATADOS INTERNACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO	18
3.1 Aspectos Gerais	18
3.2 Conferência de Xangai.....	19
3.3 Conferência Internacional do Ópio e Convenção Internacional do Ópio	19
3.4 Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas	20
3.5 Acordo de Genebra	21
3.6 Convenções de Haia e Genebra	21
3.7 Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes.....	22
3.8 Convenção de Viena sobre Substâncias Psicotrópicas	24
3.9 Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito.....	26
3.10 Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Global das Drogas.....	26
3.11 Declarações Políticas e Plano de Ação de 2009.....	27
3.12 Comissão de Narcóticos (Commission on Narcotic Drugs – CND)	30
4 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE O TRATAMENTO DOS TOXICÔMANOS	33
4.1 Breve Introdução Acerca do Tema.....	33
4.2 Legislação de Drogas nos Estados Unidos da América.....	33
4.3 Legislação de Drogas na Holanda	35
4.4 Legislação de Drogas em Portugal	37
5 A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO TRATAMENTO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS	39
5.1 Breve Introdução ao Tema	39
5.2 Ordenações Filipinas (1603)	39
5.3 Código Criminal do Império do Brasil (1830).....	40
5.4 Código Penal de 1890	41
5.4.1 Decreto nº 4.294/1921.....	41
5.4.2 Decreto nº 20.930/1932.....	43
5.4.3 Decreto nº 24.505/1934.....	47
5.4.4 Decreto nº 708/1936.....	48
5.4.5 Decreto-Lei 891/1938.....	50
5.5 Código Penal de 1940	51
5.6 Lei nº 5.726/1971	52
5.7 Lei nº 6.368/1976	57
5.7.1 Legislação Promulgada Durante a Vigência da Lei nº 6.368/76 Ainda em Vigor	58
5.8 Constituição Federal de 1988.....	59

5.9 Lei nº 10.409/2002	60
5.10 Lei nº 11.343/2006	61
6 DIRETRIZES NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK.....	69
6.1 Considerações Iniciais.....	69
6.2 Acerca da Dependência em Substâncias Químicas.....	71
6.2.1 Dos Efeitos do Crack.....	71
6.2.2 Da Dependência em Crack	73
7 O COMBATE AO CRACK NO BRASIL.....	75
7.1 Medidas Legislativas	75
7.1.1 A Criação do SISNAD	75
7.1.2 Como é Feito o Tratamento do Usuário de Crack.....	77
7.1.3 A Questão da Internação Compulsória.....	79
7.2 Medidas que Poderiam ser Adotadas no Brasil.....	82
CONCLUSÃO	84
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUÇÃO

Este trabalho estudou o tratamento dispensado ao usuário de crack no Brasil, que, nos dias que correm, é considerado uma epidemia; dependentes de crack acabam nas ruas, desamparados e marginalizados pela sociedade.

Dada a importância do tema, o impacto social causado pelos usuários de crack, bem como seu aparente abandono pela sociedade, foi ele eleito para ser analisado com maior atenção.

Objetivou-se no presente trabalho o estudo atinente a verificar como se dá o tratamento do usuário de crack conforme a legislação vigente, estudando desde os primórdios da droga, até como é feito o tratamento desses indivíduos em outros países de grande influência no tema ou no Brasil, a metodologia utilizada para tanto foram os métodos comparativo combinado ao histórico.

Foram analisados, em conjunto, doutrinas, jurisprudência, bem como a legislação (não só a vigente, mas diplomas legais anteriores, bem como legislações alienígenas) no decorrer da pesquisa.

O problema formulado foi a averiguação sobre a eficiência do tratamento dispensado ao usuário de crack no Brasil nos dias atuais.

A hipótese formulada foi justamente sobre a efetividade do tratamento do usuário de crack no Brasil.

No primeiro capítulo foi analisado o contexto histórico do crack, bem como, em sendo o crack derivado da cocaína, os primórdios desta e a sua evolução aos dias de hoje.

Em seguida procedeu-se ao estudo dos tratados internacionais a respeito das drogas, observando a posição por eles adotada, e a grande influência, hoje decadente, dos Estados Unidos no tema.

No capítulo seguinte foi feito um estudo sobre a legislação estrangeira acerca do tema, estudando países de grande influência internacional no tocante às drogas, bem como países com grande influência no Brasil (os países em questão foram os Estados Unidos da América, a Holanda e Portugal).

Ao capítulo cinco a legislação brasileira entrou em foco, desde as Ordenações Filipinas até a vigente Lei n. 11.343 de 2006, vendo a evolução nos

entendimentos acerca dos usuários de drogas, bem como o tratamento legal a eles dispensado.

O capítulo seis trouxe mais informações acerca do crack, como se dá o vício nessa droga, bem como analisou possíveis formas de tratamento aos toxicômanos dependentes de crack.

Derradeiramente se deu o estudo de como se dá o tratamento do dependente de crack no Brasil, abordamos nesta oportunidade a questão da internação compulsória, e a sua efetividade e legalidade no Brasil.

2 DA EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CRACK

2.1 Considerações Iniciais

Sendo o Crack definido, de acordo com o Dicionário Houaiss, como:

Droga de alta concentração e toxicidade, mistura de cocaína, bicarbonato de sódio etc., ger. apresentada em forma de cristais para ser fumada numa espécie de cachimbo [Narcótico de uso ilegal.] (HOUAISS, 2014).

Portanto uma espécie de droga derivada da cocaína, ou então para outros estudiosos, a forma sólida, cristalizada, da cocaína.

O crack é a forma cristalizada de cocaína, a qual normalmente se apresenta em forma de pó. Vem em blocos sólidos ou cristais, variando em cor desde o amarelo indo até ao rosa pálido ou branco. (FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO SEM DROGAS, 2015).

Percorreremos, de início, em acordo com tais definições, as origens da cocaína para, em seguida, abordar o surgimento do crack.

2.2 Da Origem da Cocaína

Segundo Costa Leite e Andrade, o consumo das folhas de cocaína data de tempos remotos, antes mesmo das civilizações inca:

As folhas de coca provavelmente foram utilizadas por milhares de anos por civilizações anteriores aos incas, sendo que as primeiras notícias que se tem sobre seu uso datam da época em que Pizarro conquistou o Peru em 1532, época em que os incas mascavam folhas de coca para aumentar a resistência ao frio, à fome e ao cansaço pelo trabalho. (COSTA LEITE; ANDRADE, 1999 apud HERCULIANI, 2007, p.22)

Há, inclusive lendas nativas sobre o surgimento da cocaína, conforme explica Irene Muakad:

Segundo uma lenda, os deuses são responsabilizados pelo aparecimento da cocaína. Conta a lenda que, na cordilheira dos Andes, o Deus “Junu”, senhor do trovão, do raio e da neve, ficou irritado com os “Yungas”, pelo fato de terem posto fogo na floresta e, por isso, decidiu castigá-los. Baniu-os das margens do rio Titicata, entre o Peru e a Bolívia, e lhes cortou as fontes de alimentos, condenando-os a uma vida errante e aos tormentos da fome e da sede. Os Yungas, então, descobriram as virtudes da folha da coca, que lhes dava forças e permitia voltarem à cidade de origem, sem sentirem os efeitos da falta de ar na travessia dos Andes. Muito antes da conquista espanhola, os indígenas do Peru mastigavam as folhas da coca para obter mais energia, afastar o cansaço e mitigar a fome e a sede. Contudo seu

consumo era rigorosamente controlado. Além dos rituais religiosos, os únicos que podiam mascar as folhas eram os mensageiros, obrigados a correrem a pé enormes distâncias, respirando o ar rarefeito da cordilheira. Os espanhóis, entretanto, generalizaram esse hábito ao distribuir coca aos nativos submetidos a trabalho forçado nas minas. (MUKAKAD, Irene Batista, 2009, p.1).

A cocaína é derivada da planta *Erythroxylon Coca*, e desde tempos remotos (de acordo com estudiosos, acerca de 4500 anos atrás) era consumida pelos índios na região andina, a planta era chamada *Khoka* ou então *Cuca*, significando “árvore”. Os índios consumiam as folhas de coca em rituais religiosos, acreditando ser a planta um presente dos deuses (para os incas, um presente do deus Sol, Inti). Até então o consumo das folhas de coca era um privilégio da nobreza Inca.

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylum coca* ou coca ou coca boliviana, que cresce em forma de arbusto ou em árvore. As origens do uso da coca datam mais de 4500 anos, nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes.

Para os Incas (século XII), a planta era sagrada e seu uso era de privilégio da nobreza Inca. Contudo, com a chegada dos espanhóis à América (período colonial), os índios passaram a também utilizar a coca, e seu uso foi popularizado. Os efeitos danosos não eram notados, pois os índios que utilizavam cronicamente a cocaína se apresentavam adoecidos e desnutridos, tal como se apresentavam os índios que trabalhavam pesado nas minas de estanho em grandes profundidades.

Na Europa, as primeiras publicações sobre esse vegetal se deram a partir de 1507. Em 1551, o Conselho Eclesiástico de Lima, da Espanha, proibiu seu uso alegando que era um obstáculo para a difusão do cristianismo. Porém, vendo que os índios não faziam o trabalho pesado sem o uso da coca essa proibição foi desfeita, e em 1569, o Rei da Espanha Felipe II determinou o mascar a coca como um hábito essencial para a saúde do índio, todavia, na própria Espanha seu uso não foi difundido. (MACHADO; DA SILVA, 2013, p. 3).

Após, então, a chegada dos espanhóis à América Latina, o uso da folha de coca passou a ser mais ordinário, os mineiros a usavam para ter mais energia e menos fome, os doentes também a usavam buscando a cura de suas enfermidades, ou então o alívio dos sintomas. O uso das folhas de coca chegou a ser proibido pelos espanhóis, vez que a Igreja Católica acreditava ser um empecilho à difusão do cristianismo, tal proibição, conforme observado, não perdurou muito, afinal os colonizadores perceberam queda do rendimento dos nativos; diante de tal quadro, o Rei Felipe II da Espanha declarou o consumo da folha de coca um ato essencial à saúde do índio.

Até então os efeitos colaterais do uso da planta não haviam sido descobertos.

Por meados do século XVI os Espanhóis levaram a planta à Europa, onde notícias de suas propriedades milagrosas se propalaram despertando o interesse pela planta.

No século XVI, os conquistadores espanhóis levaram ao velho mundo as notícias sobre as propriedades dessas folhas e como não poderia deixar de ser difundiu-se pelo mundo o interesse por essa planta. (MURAKAD, Irene, 2011, 2012, p. 469).

Em 1855 Friedrich Gaedecke conseguiu extrair o ingrediente ativo das folhas de coca, batizando-o de *exythroxyline*. No ano de 1859 o químico Albert Niemann isolou o extrato de cocaína, bem como observou, dentre as propriedades da substância, que esta entorpecia a língua.

Na história do uso da cocaína está também sua aplicação na medicina. No ano de 1855, Friedrich Gaedecke, um químico alemão, extraiu das folhas de coca a *erythroxyline* [...].(MACHADO; DA SILVA, 2013, p. 4). [...] Três anos depois Albert Niemann isolou o principal alcalóide dessa folha, dando-lhe o nome de cocaína, observando que o mesmo tinha um sabor amargo e entorpecia a língua. (Drogas Caminho Sem Volta. Expediente. Empresa Jornalística Inter Ltda. Edição n. 11 – DENARC.- DIPE *apud* MURAKAD, Irene, 2011, 2012, p. 469).

A comunidade científica foi atraída pela substância acreditando estar diante de uma cura milagrosa, com propriedades incríveis para os malefícios que atingiam a sociedade à época, em 1884 Karl Koller descobriu que o olho humano se tornava insensível quando em contato com a cocaína, passo significativo para a descoberta da anestesia local.

Karl Köller, baseado nesse artigo fez algumas experiências e no mesmo ano descobriu que, usada na córnea do olho, a cocaína provocava uma anestesia tão intensa capaz de permitir uma cirurgia naquele órgão. Foi então introduzida como anestésico em oftalmologia o mesmo ocorrendo na área da odontologia, sendo também comprovado o seu valor no campo da cirurgia geral. (Drogas Caminho Sem Volta. Expediente. Empresa Jornalística Inter Ltda. Edição n. 11 – DENARC.- DIPE *apud* MURAKAD, Irene, 2011, 2012, p. 469).

A cocaína passou a ser utilizada, então como anestésico em várias operações, ainda nessa época, começou-se a misturar em pequenas quantidades a coca em bebidas, primeiro o vinho, e, em 1886, John Styth Pemberton criou a bebida isenta de álcool, nos padrões religiosos da sociedade americana, com extrato da noz de cola, assim nasceu a Coca-Cola; hoje a cocaína foi substituída pela cafeína.

Por volta de 1885 começou a fabricar a cocaína nos próprios países andinos, onde se encontrava a produção da matéria prima, barateando o produto, bem como aumentando a sua produção; nesse período houve grande popularização e crescimento no consumo da substância, Freud chegou a publicar, em um primeiro momento, um livro exaltando as qualidades da coca, era um conhecido usuário da substância bem como a ministrava a seus pacientes.

Até 1885, as folhas da coca eram levadas da América do Sul para outros países, onde eram transformadas em produtos, mas perdia-se muito da concentração de cocaína nas longas viagens. Em 1885, um químico, trabalhando para indústria farmacêutica Parke Davis, revolucionou a produção ao descobrir uma maneira de produzir cocaína semi-refinada nos próprios países onde estavam instaladas as fábricas. Viagens e armazenamento das folhas de coca foram simplificados, os preços caíram, e o consumo de cocaína semi-refinada aumentou substancialmente. Dessa forma, houve uma rápida explosão de fábricas de medicações utilizando a cocaína em diversos produtos. Operando na ausência de leis ou regulamentos que limitassem a venda ou o consumo, a cocaína tornou-se presente em farmácias, mercearias e bares. Uma única fábrica, em 1885, oferecia cocaína em 15 diferentes formas, incluindo cigarros, charutos, inalantes, cristais, licores e soluções. (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 3).

Os efeitos colaterais, entretanto, começaram a aparecer, o próprio Freud voltou atrás em sua opinião, publicando um segundo livro retificando o primeiro, explicando seu potencial para criar dependência.

Em 1892, Freud publicou uma continuação de “Uber coca”, modificando seu ponto de vista, originalmente favorável à cocaína. (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 3).

Na década de 20, com a comercialização das seringas descartáveis, começaram a surgir casos de dependência e até mesmo morte pelo consumo de tais produtos, derivados da cocaína. A epidemia de cocaína se abrandou com a aparição das drogas sintéticas, mais acessíveis ao público.

Não é de espantar que episódios de toxicidade, tolerância, dependência e, até mesmo, morte pelo uso de tais produtos passassem a ser relatados em revistas médicas no início dos anos 20. Os problemas tornaram-se ainda mais frequentes e graves quando, na mesma época, surgiram comercialmente seringas hipodérmicas, facilitando a chegada de uma maior quantidade de cocaína na corrente sanguínea. (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 3).

A cocaína ressurgiu, na atualidade como um fantasma do passado que volta a assombrar a humanidade, na década de 70, passa a ser consumida com propósito “recreacional”, a partir dos anos 80 a oferta de cocaína cresce nos mercados, devido a uma produção e distribuição melhorada e mais eficaz.

2.3 A Descoberta do Crack

Em 1985 descobriu-se, nas Bahamas, o crack, forma sólida da cocaína.

Um século se passou desde a descoberta da cocaína como um agente anestésico por Karl Koller, até o momento do surgimento do crack, em 1985, nas Bahamas. (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 4).

Por ser mais barato, de acesso mais fácil, bem como ter efeitos mais proeminentes do que a cocaína, o crack se popularizou, ganhando, já nos anos 90, status de ser um problema social grave.

O crack surgiu nos fins da década de 70, chegou ao mercado brasileiro em 1988, mas tornou-se popular somente por volta de 90. Inicialmente ganhou popularidade em São Paulo o crack, sendo que a merla se destacou em Brasília. No Rio de Janeiro, onde de há muito se sabe sobre o uso de drogas, ambas foram rejeitadas, sob a alegação de que eram drogas baratas e mal vistas. Hoje, no entanto, o uso de cocaína fumada expandiu-se, não só pelo Brasil como pelo mundo, tendo em vista seu preço e a maneira fácil de uso, o cachimbo é improvisado sem maiores dificuldades com a utilização de latinhas e recipientes plásticos; basta fumá-la, e este fato tem levado a sérias preocupações em razão dos seus efeitos devastadores. É denominada e conhecida como a “droga da morte”. (MUKAD, Irene, 2011, 2012, p. 15).

Hoje se pode dizer que o vício do crack consiste em uma verdadeira epidemia, atingindo todas as classes sociais e repercutindo em setores como a saúde e segurança pública.

2.4 Da Evolução Histórica do Crack no Brasil

O crack, como já observado, é uma substância relativamente nova, surgida no fim da década de 70, com popularidade crescente desde então.

No Brasil, a droga começa a aparecer no início dos anos 90, seu consumo se expandiu rapidamente, atingindo desde grandes centros urbanos até áreas rurais.

O consumo de crack emerge no cenário brasileiro na década de 1990, apresentando-se como fenômeno de rápida expansão, principalmente nos grandes centros urbanos. Desde lá, o consumo é crescente e hoje não se restringe às periferias urbanas, como se pensava no início, tornando-se cada vez mais popular em diferentes segmentos sociais, inclusive áreas rurais. (MELOTTO, Patrícia, 2009, p.14).

De início não lhe foi dada muita importância por parte do governo, que não tomou medidas para informar a população sobre os perigos do crack.

Sem informações a respeito da droga, e com seu baixo custo, o crack atraiu, inclusive usuários de outras substâncias ilícitas, justamente por seu aparente baixo custo benefício (aparente, pois, conforme será observado a seguir, os efeitos do crack apesar de mais fortes do que os da cocaína, por entrarem mais rápido em ação, acabam mais rápido também, levando à um maior consumo da droga) e a facilidade de acesso.

Esse baixo custo em relação à cocaína em pó é um dos principais fatores do movimento da rápida popularização do crack, transformando o mercado e o cenário do uso de drogas.

Mas o movimento crescente não se deve apenas a isso. Além de ser mais barato, o crack incorporou outros fatores *atrativos* que fizeram com que seu consumo fosse aumentado, fortalecendo o mercado dessa droga em detrimento da cocaína em pó. Um deles é que o uso fumado atinge rapidamente o cérebro e os efeitos da droga são alcançados de forma mais rápida e intensa do que nas outras formas de uso da cocaína. (MELOTTO, Patrícia, 2009, p.15 e 16).

Hoje, verifica-se o consumo de crack no Brasil em todos os segmentos da sociedade, de crianças a adultos, das classes mais populares até as mais elitizadas.

3 EVOLUÇÃO DOS TRATADOS INTERNACIONAIS SOBRE O TRATAMENTO DO DEPENDENTE QUÍMICO

3.1 Aspectos Gerais

Em se tratando dos entorpecentes, observa-se, em escala global, grande preocupação em tratar e regulamentá-los.

No começo a tendência, conforme constataremos a seguir era coibitiva, proibindo o uso e a venda de substâncias consideradas perigosas à saúde, passíveis de causar dependência.

Tal posicionamento foi, desde tempos remotos, vigorosamente defendido pelos Estados Unidos enquanto, em oposição, países europeus defendiam a regulamentação própria do tema.

Observa-se, claramente, em plano Internacional, a divergência de opiniões no que se trata à abordagem do tema do tratamento das drogas: de um lado os Estados Unidos defendiam, desde o princípio, uma proibição extrema, bem como a criminalização do uso de drogas, pois tal prática não condizia com o comportamento religioso à época; de outro, países Europeus (tais quais a Holanda e a Alemanha) defendiam a regulamentação do tema, principalmente devido interesses econômicos.

As drogas, como se verá a seguir, desde tempos remotos são produtos extremamente rentáveis, a exploração desse produto pelos comércios europeus era extrema, o que levava à defesa da “mera regulamentação” do tema, dando sempre espaço para a continuação do comércio de entorpecentes.

Conforme o avanço da ciência e dos estudos sobre o tema há grande transformação em tal pensamento, acolhendo o dependente químico como doente ao invés de marginalizá-lo e puni-lo, a tendência, hoje, são legislações que protejam a saúde destes doentes, bem como tentam acabar com o tráfico.

Hoje observa-se uma tendência à regulamentação, conforme avanços científicos sobre o tema, constata-se a dependência química uma doença, os países tendem, portanto, a buscar o tratamento destes indivíduos, bem como, por meio da regulamentação do tema, acabar com o tráfico de drogas.

3.2 Conferência de Xangai

A Comissão do Ópio de Xangai (ou simplesmente Conferência de Xangai), realizada ao ano de 1909, consiste na primeira conferência internacional a tratar do tráfico de drogas, à época, a droga regulamentada fora o ópio, extremamente consumida na Ásia.

Até esse momento, os ingleses comercializavam a droga como moeda de troca, em substituição à prata, em acordo com dados da UNODC, devido a esta prática, a China enfrentou, à época, a maior epidemia de vício em drogas já enfrentado por um país na história.

Até então, o ópio era comercializado, principalmente pelos ingleses, como forma de pagamento por produtos, ocupando o lugar da prata, que já se encontrava escassa no comércio desde 1880. O ópio era comprado em geral na Índia e revendido aos chineses e chegou a representar um sexto dos recursos externos dos ingleses. Desse comércio, criou-se uma epidemia, cujas consequências danosas à saúde das pessoas começaram a ficar evidentes: em 1906, cerca de um quarto da população chinesa masculina adulta era dependente do ópio, o que significou a maior epidemia de abuso de drogas já enfrentada por um país em toda a história. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

A partir da Conferência de Xangai, apesar de esta não produzir os resultados práticos almejados, como, por exemplo, a elaboração de normas impositivas a respeito das drogas, começou a haver certo controle em relação ao consumo de drogas, principalmente após a 1ª Guerra Mundial, sob a administração da Liga das Nações, o que resultou, em acordo com dados da UNODC, em redução de 70% da produção do ópio em 100 anos.

A Conferência de Xangai implica em marco inicial ao combate as drogas, abrindo alas para este assunto e possibilitando as futuras normas que surgiram em seguida.

3.3 Conferência Internacional do Ópio e Convenção Internacional do Ópio

Realizada em Haia, no ano de 1911, a Conferência Internacional do Ópio deu origem à Convenção Internacional do Ópio, em 1912, que reconhece a importância do estudo científico das drogas, bem como seu valor medicinal ao

mesmo tempo em que busca proteger a saúde do ser humano, buscando evitar o vício em substâncias químicas.

[...] Posteriormente, realizou-se em 1911 a Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia. Dessa conferência resultou a "Convenção do Ópio", em 1912, pela qual os países signatários criaram o compromisso de tomar medidas de controle da comercialização da morfina, heroína e cocaína nos seus próprios sistemas legais. (SILVA, Antonio Ferreira de Lima Moreira da, 2011).

Tal evento importa no primeiro acordo internacional a regulamentar propriamente o comércio internacional de drogas, observe: regulamentar e não proibir; o negócio de drogas ainda era rentável para muitos países europeus, incluindo a Holanda, sede do tratado.

O acordo tratava de quatro drogas: o ópio, a cocaína, a morfina e a heroína, ignorando completamente as drogas sintéticas, comércio dominado, até então, pela Alemanha.

Este tratado foi incluído no Tratado de Versalhes, passando a abranger não só os doze signatários iniciais, mas os sessenta países signatários deste. Saliente-se, ainda, que além de adotar as normas da Convenção Internacional do Ópio, os signatários deveriam, por força do tratado, editar normas internas regulamentando a questão das drogas.

A questão da época, de proibição (apoiada veementemente pelos Estados Unidos) versus regulamentação ainda é atual, sendo discutida até hoje pelos países ao tratar do assunto, hoje, entretanto, a tendência mundial é regulamentar a questão ao invés de criminalizar o uso de drogas.

3.4 Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas

Criada em 1921 pela Liga das Nações para elaborar acordos sobre o tráfico de drogas, em especial o ópio.

A convenção constitutiva da Liga das Nações, em seu artigo 23, "c", "reconheceu a atribuição de elaboração de acordos sobre o tráfico de ópio e outras drogas nocivas", **tendo sido criada em 1921 a "Comissão Consultiva do ópio e outras drogas nocivas"**. (AVELINO, Victor Pereira, 2009, grifou-se).

Essa Comissão, portanto, foi sucedida pela Comissão das Nações Unidas sobre Drogas Narcóticas na atribuição de elaborar acordos sobre o tráfico de drogas.

3.5 Acordo de Genebra

O Acordo de Genebra surge a partir da Conferência de Genebra, realizada em 1924 sob a égide da Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas, o Acordo de Genebra, assinado em 1925, efetiva as disposições da Conferência de Haia de 1912, ampliando o conceito de entorpecente, bem como estabelecendo as bases do controle internacional do tráfico de drogas (tal controle se daria por meio de certificados de importação e autorização de exportação das substâncias classificadas como entorpecentes).

Sob a égide da organização intergovernamental em comento, a qual apresentava como membros permanentes de seu Conselho Estados Unidos, França, Itália, Inglaterra e Japão, **foram realizadas outras conferências, entre elas a de 1924, que resultou na assinatura do acordo de Genebra**, em 19 de fevereiro de 1925, o qual efetivou as disposições da Conferência de Haia, de 1912; a conferência de Genebra ocorrida também em 1924, no mês de novembro, que ampliou o conceito de entorpecente e estabeleceu as bases do controle do tráfico internacional [...]. (AVELINO, Victor Pereira, 2009, grifou-se).

A importância desse instituto, conforme se observa, foi, portanto, principalmente a efetivação das disposições da Conferência de Haia de 1912, que regulamentava a questão das drogas, onde os países signatários deveriam tomar medidas de controle e prevenção.

A Conferência de Genebra foi revista em 1931, na Conferência de Bangkok.

3.6 Convenções de Haia e Genebra

Realizadas em 1931 e 1936, determinaram aos signatários a obrigação da tomada de providências para proibir, em âmbito nacional, a disseminação do vício em drogas.

Duas novas Conferências realizadas em Genebra. Estabelecimento da obrigação dos estados participantes tomarem as providências para proibirem, no âmbito nacional, a disseminação do vício. (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2012).

A estas convenções sucederam: em 1946 um protocolo da ONU (Organização das Nações Unidas) atualizando acordos anteriores, e em 1948 em Paris, bem como em 1953 em Nova Iorque mais dois protocolos, sendo que o de Nova Iorque restringiu a produção de opiáceos na fonte, sendo sua utilização permitida apenas para uso médico.

3.7 Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes

Anotese primeiro que todos os tratados celebrados a partir da Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes ocorreram após a criação da Organização das Nações Unidas (ONU).

A Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes data de 30 de maio de 1961 e é o primeiro tratado das Nações Unidas a regulamentar propriamente o tema das substâncias entorpecentes, é considerada um marco histórico do tema, pois codificou normas estabelecidas em tratados anteriores, bem como estendeu os meios e sistemas de controle das drogas ilícitas, prevendo meios para o combate à questão das drogas, dentre eles a limitação do uso de drogas e o combate ao tráfico de drogas através da cooperação dos signatários.

Esta convenção tem o objetivo de combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas. Existem duas formas de intervenção e controle que trabalham juntas: a primeira é a limitação da posse, do uso, da troca, da distribuição, da importação, da exportação, da manufatura e da produção de drogas exclusivas para uso médico e científico; a segunda é combater o tráfico de drogas por meio da cooperação internacional para deter e desencorajar os traficantes. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

O objetivo desta convenção é combater o tráfico internacional, bem como o consumo de drogas, extirpando a questão problemática, o entendimento é o de que, em sendo as drogas algo que traz males, não só à saúde, mas à própria sociedade, a solução mais eficaz seria extinguir o consumo de drogas.

Esta convenção importa no mais íntegro documento de natureza proibicionista já editado, ampliando as medidas de controle, burocratizando a estrutura fiscalizadora e estabelecendo novos procedimentos para a inclusão de novos psicotrópicos a serem controlados.

A Convenção Única sobre Entorpecentes, assinada em 1961 na sede da ONU, representou o mais completo documento internacional de pretensões proibicionistas.

Fixando a competência da Organização das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes, o texto da Convenção elenca e classifica algumas substâncias, distribuindo-as em quatro listas, amplia as medidas de controle, burocratiza a estrutura fiscalizadora internacional e estabelece o procedimento necessário para a inclusão de novos psicotrópicos a serem controlados. (AVELINO, Victor Pereira, 2009).

Apesar de ser considerado um dos tratados, se não o próprio tratado que mais adota a linha proibitiva dos Estados Unidos, possuindo inúmeras medidas nesse sentido; na Resolução II desta convenção encontram-se medidas a serem tomadas no tratamento dos dependentes de substâncias químicas, dita a resolução que “uma das medidas mais efetivas no tratamento do vício é o tratamento ambulatorial em uma atmosfera livre de drogas”, bem como pede aos países com condições econômicas favoráveis que possuam problemas com a dependência química, que instituem tais hospitais a fim de oferecerem os meios de tratamento necessários aos dependentes químicos.

Além disso, a convenção também traz, em suas resoluções, a oferta de assistência técnica aos países signatários que se encontrem enfrentando problemas com narcóticos e a possibilidade de assistência para o controle destas substâncias, bem como medidas preventivas a serem adotadas pelos signatários.

Os artigos 26 e 27 tratam das folhas e arbustos de coca, do controle de sua produção e distribuição, determinando a destruição de arbustos de coca cultivados ilegalmente, bem como controlar o uso da planta quando usada de maneira, à época, lícita (como aromatizante, por exemplo).

Em um link histórico, na década de 60 o mundo já havia testemunhado uma epidemia de dependentes de cocaína, que só veio a abrandar com o aparecimento das drogas sintéticas, o que explica a preocupação e a rigidez em relação ao tema.

Esta convenção foi emendada em 1972, pelo Protocolo de Emendas à Convenção Única Sobre Entorpecentes, aperfeiçoando-a, tomando medidas tais quais: a alteração da composição e funções do Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes, bem como ampliando as informações necessárias ao controle da produção de entorpecentes (naturais e sintéticos); dentre as emendas encontra-se ainda a preocupação com o tratamento do toxicômano.

Firma-se, em Genebra, o Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, modificando-a e aperfeiçoando-a. Altera a composição e as funções do Órgão Internacional de Controle de Entorpecentes, amplia as informações que devem ser fornecidas para controle da produção de entorpecentes naturais e sintéticos e salienta a necessidade de tratamento que deve ser fornecido ao toxicômano. (INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO, 2012).

Cabe ressaltar ainda que em 25 de março de 1972, em Conferência de plenipotenciários convocada pelo Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas, os países membros firmaram um protocolo de emendas à Convenção Única de Entorpecentes de 1961, documento esse aprovado no Brasil por meio do Decreto Legislativo n.º 88, de 1972.

O texto do protocolo em questão alterou disposições relativas à composição e atribuição do Órgão Internacional, à política de estimativas e fornecimento de dados e estatísticas a serem fornecidas pelos Estados-membros, assim como algumas medidas relativas à fiscalização e controle de substâncias previstas nas listas apresentadas pela própria Convenção. (AVELINO, Victor Pereira, 2009).

A Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes ainda está em vigência, importando em um dos três tratados mais importantes a tratar do tema das drogas no direito internacional.

Portanto, a maioria dos países do globo, com algumas exceções que já caminham em sentido contrário, seguem em uma política de proibir o uso das drogas, segue aderindo “Guerra às Drogas” declarada pelos Estados Unidos na década de 1970.

Dentre esses países saliente-se que o Brasil ainda criminaliza e marginaliza o uso e o usuário de drogas à semelhança dos Estados Unidos, conforme observaremos em capítulo próprio.

3.8 Convenção de Viena sobre Substâncias Psicotrópicas

A Convenção de Viena sobre Substâncias Psicotrópicas se deu em 1971 e trata da regulamentação e controle do preparo, uso e comércio de psicotrópicos.

Além das substâncias psicotrópicas, também são regulamentadas neste tratado, as drogas sintéticas, dado seu poder de causar dependência. A convenção, em suas resoluções, busca a pesquisa de alternativas as anfetaminas no tratamento de doenças, vez que as considera perigosas, dado o risco de o usuário se tornar dependente.

Esta convenção estabelece um sistema de controle internacional para substâncias psicotrópicas, e é uma reação à expansão e diversificação do espectro do abuso de drogas. A convenção criou ainda formas de controle sobre diversas drogas sintéticas de acordo, por um lado, a seu potencial de criar dependência, e por outro lado, a poder terapêutico. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

Essa convenção também se preocupa com o tráfico internacional de drogas e a sua ligação com organizações criminosas.

Surge, no entanto, uma nova preocupação: a associação do tráfico ilícito com organizações criminosas internacionais, exigindo a intensificação dos meios jurídicos de combate às drogas e uma maior cooperação internacional, já que a erradicação do tráfico ilícito de entorpecentes é tida como responsabilidade coletiva de todos os estados. (AVELINO, Victor Pereira, 2009).

Tal assertiva pode ser constatada já no preâmbulo deste documento:

The Parties,
 Being concerned with the health and welfare of mankind,
 Noting with concern the public health and social problems resulting from the abuse of certain psychotropic substances,
 Determined to prevent and combat abuse of such substances and the illicit traffic to which it gives rise,
 Considering that rigorous measures are necessary to restrict the use of such substances to legitimate purposes,
 Recognizing that the use of psychotropic substances for medical and scientific purposes is indispensable and that their availability for such purposes should not be unduly restricted,
 Believing that effective measures against abuse of such substances require co-ordination and universal action,
 Acknowledging the competence of the United Nations in the field of control of psychotropic substances and desirous that the international organs concerned should be within the framework of that Organization,
 Recognizing that an international convention is necessary to achieve these purposes,
 [...] ¹(NAÇÕES UNIDAS, 1971, p.9).

¹ As partes desta convenção,
 Preocupadas com a saúde e bem estar da humanidade,
 Notando com inquietação os problemas de saúde pública e sociais resultantes do abuso de certas substâncias psicotrópicas,
 Determinadas a prevenir e combater o abuso de tais substâncias e o tráfico ilícito quem originam,
 Considerando que medidas rigorosas são necessárias para restringir o uso de tais substâncias para fins legítimos,
 Reconhecendo que o uso de substâncias psicotrópicas para uso medicinal e científico é indispensável e sua disponibilidade para tais fins não deve ser restrita,
 Acreditando que medidas efetivas contra o abuso de tais substâncias requerem coordenação e ação universais,
 Confirmando a competência das Nações Unidas no campo de controle de substâncias psicotrópicas e desejando que a preocupação dos demais órgãos internacionais sigam a estrutura desta Organização,
 Reconhecendo que uma convenção internacional é necessária para atingir estes propósitos, [...] (tradução nossa).

Cabe ressaltar que o Brasil é signatário deste tratado com reserva do artigo 19, parágrafos 1 e 2, bem como ao artigo 31.

Ademais, esta Convenção, junto da Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes, é, ainda hoje, um dos três pilares do controle internacional de drogas.

3.9 Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito

Datando do ano de 1988, esta Conferência apresenta medidas contra o tráfico Internacional de drogas, tais quais métodos contra a lavagem de dinheiro, medidas de cooperação internacional para o combate às drogas (como a extradição, por exemplo, bem como medidas de transferência e seu transporte).

O Brasil assinou este tratado com reserva ao parágrafo 11 do artigo 17, afirmando que este não impediria o Estado de tomar as medidas necessárias.

A Conferência Internacional sobre o Abuso de Drogas e o Tráfico Ilícito destaca a importância da colaboração internacional no combate às Drogas, e visa fortalecer as normas estabelecidas na Convenção Única de Nova Iorque, consiste no terceiro pilar ao combate internacional às substâncias ilícitas.

Em seus artigos e determinações, reforça a Convenção Única de Nova Iorque, bem como a Convenção de Viena sobre as Substâncias Psicotrópicas, determinando que seus signatários estabeleçam em seu direito interno normas nos conformes destes tratados, dando-lhes cumprimento também em âmbito nacional.

3.10 Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Problema Global das Drogas

Realizada em junho de 1998, os signatários adotaram, nesta sessão, uma declaração política na qual se comprometeram a obter resultados mensuráveis no combate às drogas em até dez anos (2008), reduzindo a oferta e procura de tais substâncias. Durante esse tempo os Estados-membros das Nações Unidas deveriam se reportar de dois em dois anos, a fim de informar as medidas que estavam tomando no sentido de atingir as metas estabelecidas.

The Political Declaration of 1998, adopted by the General Assembly at its twentieth special session on the world drug problem, requested Member

States to report biennially to the Commission on their efforts to meet relevant goals and targets. The Commission was requested to analyze these reports in order to enhance the cooperative effort to combat the world drug problem². (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

O Secretário-Geral das Nações Unidas traduz bem as metas assumidas nesta sessão quando se pronuncia no documento das declarações políticas de 1998:

[...] It is my hope that when historians study the work of humankind in the field of drug control, they will write about the next few days as the point where this trend was reversed. It is my hope that they will record this as the time when the international community found common ground in the mission to create momentum towards a drug-free world in the twenty-first century³. (ANNAN, Kofi, 1998, p. 5).

O objetivo era tomar as medidas necessárias para um futuro livre de drogas, enfrentando em âmbito internacional e de forma conjunta a questão das drogas.

Dentre os dados apresentados pelo Secretário-Geral das Nações Unidas neste documento, à época havia 21 (vinte e um) milhões de dependentes de cocaína e heroína no mundo, um número no mínimo alarmante, que demonstra quão necessária já se fazia uma política pública efetiva no tocante à questão das drogas, é justamente o que essa sessão especial almejava.

3.11 Declarações Políticas e Plano de Ação de 2009

Em 2009 foi feita análise dos resultados obtidos pelos signatários pela Comissão de Narcóticos das Nações Unidas, oportunidade em que se constatou que em determinados países as metas não foram atingidas, observou-se uma tendência global à estabilização ao invés da diminuição da produção, consumo e tráfico de drogas, ao invés da diminuição drástica que se buscava.

² As Declarações Políticas de 1998, adotadas pela Assembleia Geral em sua vigésima sessão especial sobre o problema mundial das drogas, determinou aos Estados-membros que se reportassem bianualmente à Comissão sobre seus esforços para atingir as metas estabelecidas. Foi solicitado à Comissão que procedesse a análise desses relatórios a fim de aumentar o esforço coletivo no combate ao problema mundial das drogas. (Tradução nossa).

³ [...] Espero que os historiadores, no futuro, quando estudando este tema, descrevam os próximos dias como ponto crucial em que esta tendência foi revertida. Espero que descrevam este momento como o tempo em que a comunidade internacional se encontrou assumindo a missão de criar um mundo, no século XXI, livre de drogas. (Tradução nossa).

The question in everybody's mind is simple: have these multiple efforts reduced the world drug problem? Up front let me report what the statistics say: if we look at the physical dimensions of the problem (tons of production and number of addicts), we can state that humanity has made measurable progress. If we look at the bigger picture, namely at the impact of drugs on security and development, the assessment is more complex – and not benign⁴. (COSTA, Antonio Maria, 2009, p. 9).

[...] Our statistics are as robust as they could possibly be, and I challenge our critics to provide better ones. They confirm that worldwide addiction to illicit drugs has stabilized since few years. It is falling for some type of drugs and/or in some parts of the world, but rising in others⁵.[...] (COSTA, Antonio Maria, 2009, p.10).

Diante deste cenário novas medidas foram adotadas, sempre visando à diminuição e erradicação da produção, consumo e tráfico de narcóticos.

Dentre as medidas a serem tomadas está à redução da demanda de narcóticos. As estatísticas demonstram que houve uma estabilização no número de dependentes químicos nos últimos anos; o número aumenta em algumas partes do globo e diminui em outras.

A melhor informação sobre o poder das drogas, bem como a reabilitação e tratamento dos usuários ao invés da prisão dos dependentes são as soluções apresentadas ao problema; a prisão, em acordo com a resolução de número 21 deverá ser igualitária, bem como em casos extremos, antes dela deve se buscar um tratamento efetivo, nos moldes da mesma.

21. *Reiterate* our commitment to promote, develop, review or strengthen effective, comprehensive, integrated drug demand reduction programmes, based on scientific evidence and covering a range of measures, including primary prevention, early intervention, treatment, care, rehabilitation, social reintegration and related support services, aimed at promoting health and social well-being among individuals, families and communities and reducing the adverse consequences of drug abuse for individuals and society as a whole, taking into account the particular challenges posed by high-risk drug users, in full compliance with the three international drug conventions and in accordance with national legislation, and commit ourselves to investing increased resources in ensuring access to those interventions on a non-discriminatory basis, including in detention facilities, bearing in mind that those interventions should also consider vulnerabilities that undermine

⁴ A pergunta que todos fazem é simples: todos estes esforços para reduzir o problema mundial das drogas surtiram efeitos? Deixe-me reportar as estatísticas: se olharmos as dimensões físicas do problema (toneladas de produção e número de dependentes), podemos dizer que a humanidade fez um progresso mensurável. Entretanto, se olharmos para o quadro maior, principalmente para o impacto das drogas na segurança e no desenvolvimento, a avaliação fica mais complexa – e não benigna. (Tradução nossa).

⁵ [...] Nossas estatísticas são tão robustas quanto seria possível, e eu desafio os nossos críticos a fornecer estatísticas melhores. Elas confirmam que o vício em drogas ilícitas, em escala global, se estabilizou desde há alguns anos. Caiu para alguns tipos de drogas, e/ou em algumas partes do globo, mas aumentou em outras. [...] (Tradução nossa).

human development, such as poverty and social marginalization⁶; (COMISSÃO DE NARCÓTICOS, 2009, p.19).

A Organização Mundial de Saúde, inclusive, se juntou ao Escritório de Drogas e Crimes das Nações Unidas para tratar do tema, procurando as melhores formas de tratamento destes indivíduos, bem como de prevenção ao uso de drogas, além de desenvolver programas em escala mundial.

In the period ahead, a greater commitment is needed for prevention, treatment, and harm reduction – in an integrated, rather than mutually exclusive way. For this, UNODC has teamed up with the World Health Organization (WHO) to scale-up programmes around the world, and with UNAIDS to reduce the risk of HIV⁷. (COSTA, Antonio Maria, 2009, p.10).

Há aqui o reconhecimento de que o mercado das drogas é integrado, portanto estas medidas esparsas que vem sido adotadas não surtem e nem surtirão efeitos para tratar do tema.

At presente, drug control is a patchwork, with disjointed actions that address only some aspects of supply (eradicating crops, rather than poverty); displace the drug trade problem (from one country, or substance to another); or use hammer instead of a chisel (criminalizing demand, rather than treating it)⁸. (COSTA, Antonio Maria, 2009, p.11).

Os países signatários, portanto, devem buscar ações integradas não só no plano interno, como no plano internacional, tratando do tema como um todo, buscando obter resultados significantes na empreitada contra os narcóticos.

⁶ 21. Reiterar o nosso compromisso de promover, desenvolver, rever ou fortalecer programas integrados para a redução da demanda de drogas efetivos e compreensivos, baseados em evidências científicas e cobrindo uma gama de medidas, incluindo a prevenção primária, a intervenção antecipada, tratamento, cuidado, reabilitação, reintegração social e os serviços de suporte relacionados, visando a promoção da saúde e o bem estar social entre os indivíduos, famílias e comunidades e reduzindo as consequências do abuso de drogas para os indivíduos, bem como para a sociedade como um todo levando em consideração os desafios particulares representados pelos usuários de drogas de alto risco, em plena conformidade com as três convenções sobre o controle de drogas em vigor, bem como as respectivas legislações nacionais, e nos empenhar no investimento de recursos para assegurar o acesso para intervenções desde que não discriminatórias, inclusive em instalações de detenção, tendo em mente que essas intervenções devem também considerar as vulnerabilidades que minam o desenvolvimento humano, como a pobreza e a marginalização social. (Tradução nossa).

⁷ No período que se avizinha, um comprometimento extraordinário se faz necessário para a prevenção, tratamento e redução de danos – de uma maneira integrada ao invés de mutualmente separadas. Para tanto, a UNODC se uniu à Organização Mundial de Saúde (OMS) para escalar programas ao redor do globo [...]. (Tradução nossa).

⁸ Atualmente, o controle de drogas é um patchwork, com ações esparsas que visam apenas alguns aspectos da provisão (erradicando o cultivo ao invés da pobreza); deslocando o problema do tráfico (de um país para outro, ou de uma substância para outra); ou então usando um martelo ao invés do cinzel (criminalizando a demanda ao invés de trata-la). (Tradução nossa).

3.12 Comissão de Narcóticos (Commission on Narcotic Drugs – CND)

A Comissão de Narcóticos foi criada pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas em 1946 para tratar das políticas relacionadas às drogas; assistindo e supervisionando a aplicação das normas internacionais relacionadas ao controle dos narcóticos.

The Commission on Narcotic Drugs (CND) was established by the Economic and Social Council (ECOSOC) resolution 9(I) in 1946, to assist the ECOSOC in supervising the application of the international drug control treaties⁹. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

A Comissão se guia, em especial, pelas declarações políticas e plano de ação adotados em 2009 pela Assembleia Geral das Nações Unidas.

The Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem of 2009 is the main policy document of the United Nations guiding action by the international community in this field. It reaffirms the principle role played by the CND as one of the United Nations organs with prime responsibility for drug control matters. In line with its mandates, the CND monitors the world drug situation, develops strategies on international drug control and recommends measures to combat the world drug problem, including through reducing demand for drugs, promoting alternative development initiatives and adopting supply reduction measures¹⁰. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

Portanto a Comissão de Narcóticos visa auxiliar na integração das medidas internacionais, bem como as nacionais, atacando, conforme prevê o plano de ação, o problema das drogas como um todo, sempre coordenando as medidas a serem tomadas em todas as áreas de atuação e em nível global.

Em 2014, a CND conduziu uma revisão da implantação das Declarações Políticas e Plano de Ação de 2009 e o produto desta revisão será submetido à Assembleia Geral das Nações Unidas para ser discutido na Sessão

⁹ A Comissão de Narcóticos (CND) foi criada pela resolução 9 do Conselho Econômico e Social (ECOSOC) em 1946, para assistir este conselho na supervisão da aplicação dos tratados internacionais sobre drogas.

¹⁰ A Declaração Política e o Plano de Ação de Cooperação Internacional visando uma Estratégia Integrada e Balanceada para Enfrentar o Problema Mundial das Drogas de 2009 é o principal documento político das Nações Unidas, guiando as ações da comunidade internacional neste campo. Ele reafirma o papel central da Comissão de Narcóticos como um dos órgãos das Nações Unidas com responsabilidade primordial em se tratando de matéria de controle de drogas. De acordo com seus encargos, a Comissão de Narcóticos monitora a situação global das drogas, desenvolve estratégias no controle internacional das drogas e recomenda medidas para combater o problema mundial das drogas, inclusive por meio da redução da demanda de drogas, promovendo o desenvolvimento de medidas alternativas e adotando medidas de redução do fornecimento.

Especial da Assembleia Geral do Problema das Drogas em 2016. A revisão em questão inclui estatísticas do progresso das medidas tomadas.

The Commission adopted at the High Level Review in March 2014 the Joint Ministerial Statement, which identifies achievements, challenges and priorities for further action and serves as a resource basis for the preparations which the Commission on Narcotic Drugs is undertaking for the General Assembly Special Session on the World Drug Problem in 2016¹¹. (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

São órgãos subsidiários da Comissão de Narcóticos: a Subcomissão do Tráfico de Drogas Ilícitas e Matérias Relacionadas no Oriente Médio, os encontros dos Chefes das Agências Nacionais de Legislação sobre Drogas (HONLEAs). O propósito destes encontros é coordenar as atividades de reação ao tráfico de drogas e monitorar novas tendências neste mercado.

Subsidiary bodies of the CND are the Subcommittee on Illicit Drug Traffic and Related Matters in the Near and Middle East and the meetings of the Heads of National Drug Law Enforcement Agencies (HONLEAs) for Africa, Asia and the Pacific, Latin America and the Caribbean, and Europe respectively. The purpose of these meetings is to coordinate activities to counteract illicit drug trafficking and to monitor new trends within the respective regions. The recommendations of the subsidiary bodies are submitted to the sessions of the CND for its consideration and follow-up action¹². (ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME, 2015).

A Comissão de Narcóticos, bem como as últimas resoluções tomadas pelas Nações Unidas consistem em grande passo rumo à descriminalização do uso de substâncias entorpecentes bem como ao devido tratamento dos usuários.

Nota-se que apesar de desde tempos remotos ter adotado a política norte-americana contra as drogas, penalizando e punindo os usuários, as Nações Unidas finalmente começam a enxergar medidas alternativas, bem como a possibilidade de tratamento dos dependentes químicos, em oposição à punição.

¹¹ A Comissão adotou, em março de 2014, em uma revisão de alto nível, a Declaração Ministerial Conjunta, que identifica o progresso, os desafios e as prioridades de futuras ações, e serve como um recurso básico para as preparações que a Comissão de Narcóticos vem tomando para a Sessão Especial da Assembleia Geral sobre o Problema Mundial das Drogas, a ser realizada em 2016. (Tradução nossa).

¹² São órgãos subsidiários da Comissão de Narcóticos: a Subcomissão de Tráfico de Drogas Ilícitas e Assuntos Relacionados no Oriente Médio e as reuniões das Agências de Aplicação de Leis Nacionais sobre Drogas (HONLEAs) da África, Ásia e Região do Pacífico, América Latina e Caribe, e Europa respectivamente. O objetivo destas reuniões é coordenar as atividades para reagir ao tráfico ilícito de drogas e monitorar as novas tendências de cada região. As recomendações dos órgãos subsidiários são submetidas a sessões da Comissão de Narcóticos para sua aprovação, seguida de ações. (Tradução nossa)

O mundo começa a perceber o fracasso em que consistiu a Guerra às Drogas e aos poucos vem tentando mudar as políticas públicas e o tratamento dos dependentes químicos, países tais quais: Portugal, Espanha, Holanda e Suíça descriminalizaram o uso de drogas e têm investido no tratamento dos toxicômanos, o que vem dando resultados palpáveis.

4 LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE O TRATAMENTO DOS TOXICÔMANOS

4.1 Breve Introdução Acerca do Tema

Adentraremos aqui na análise da legislação de países com grande influência no direito brasileiro, bem como os que são considerados pioneiros, possuindo relevantes modificações no entendimento e legislação a respeito da política de tratamento dispensada aos toxicômanos.

4.2 Legislação de Drogas nos Estados Unidos da América.

Como bem observado acima, os Estados Unidos adotam desde os primórdios das discussões a respeito do tema, posição totalmente contrária às drogas, tal posicionamento se reflete na legislação e no tratamento dispensados aos toxicômanos no país.

Nos Estados Unidos, a proibição às drogas se justifica não tanto pelos efeitos das drogas, e as consequências que podem causar, ao analisar as medidas tomadas neste país contra as drogas percebemos que sua natureza é muito mais ligada à quem usa as drogas.

Why are some drugs legal and other drugs illegal today? It's not based on any scientific assessment of the relative risks of these drugs – but it has everything to do with who is associated with these drugs.

The first anti-opium laws in the 1870s were directed at Chinese immigrants. The first anti-cocaine laws, in the South in the early 1900s, were directed at black men. The first anti-marijuana laws, in the Midwest and the Southwest in the 1910s and 20s, were directed at Mexican migrants and Mexican Americans. Today, Latino and especially black communities are still subject to wildly disproportionate drug enforcement and sentencing practices¹³. (DRUG POLICY ALLIANCE, 2015).

¹³ Por que algumas drogas são legais e outras ilegais nos dias de hoje? Isso não está baseado em nenhum estudo científico sobre os riscos relativos dessas drogas – mas tem tudo a ver com quem essas drogas se associam. A primeira lei anti-ópio, datada de meados de 1870, foi dirigida aos imigrantes chineses. As primeiras leis contra a cocaína, surgidas por volta de 1900 no sul, eram dirigidas aos negros. As primeiras leis contra a maconha, no centro oeste e sudeste nas décadas de 10 e 20, visavam os imigrantes mexicanos e os americanos descendentes de mexicanos. Hoje as comunidades latina e especialmente as negras ainda são objeto de sentenças e execuções extremamente desproporcionais. (Tradução nossa).

A guerra as drogas foi declarada em 1971 pelo presidente Nixon, e desde então a política pública aos usuários de drogas nos Estados Unidos da América (EUA) tem sido extremamente repressiva, com maior destaque às drogas mais consumidas por comunidades de etnias diferenciadas, tais quais negros e latinos.

As penas por consumo de crack e de cocaína, por exemplo, são extremamente díspares, sendo a do crack muito mais gravosa: o crack, nos EUA, é mormente consumido pela comunidade negra, enquanto a cocaína, mais cara, é, em suma consumida por pessoas com dinheiro.

Hoje, nos Estados Unidos, está havendo certo abrandamento das políticas públicas para os usuários de drogas – até então seu tratamento se dava em prisões. Políticos norte americanos, incluindo o próprio Barack Obama, começam a admitir o uso de droga em sua juventude, abrandando o tratamento, tal processo se demonstra lento, cidadãos ainda são presos e criminalizados pelo uso de drogas.

Politicians now routinely admit to having used marijuana, and even cocaine, when they were younger. When Michael Bloomberg was questioned during his 2001 mayoral campaign about whether he had ever used marijuana, he said, "You bet I did – and I enjoyed it." Barack Obama also candidly discussed his prior cocaine and marijuana use: "When I was a kid, I inhaled frequently – that was the point."

The assault on American citizens, however, has persisted. Bloomberg oversaw a higher rate of low-level marijuana arrests than any mayor in New York City history. And Obama, despite advocating for reforms – such as reducing the crack/powder sentencing disparity, ending the ban on federal funding for syringe access programs, and supporting state medical marijuana laws – has yet to shift drug control funding to a health-based approach¹⁴. (DRUG POLICY ALLIANCE, 2015).

As mudanças nos Estados Unidos, até mesmo por questões históricas e as crenças que estão arraigadas na população, são lentas, se iniciaram com

¹⁴ Hoje, rotineiramente políticos admitem ter usado maconha, e até mesmo cocaína, quando da sua juventude. Quando Michael Bloomberg foi questionado, durante sua campanha para prefeito de 2001, se já havia usado maconha ele respondeu "Pode acreditar que sim – e eu adorei". Barack Obama também discutiu candidamente seu uso prévio de cocaína e maconha, chegou a afirmar: "Quando eu era criança, eu inalava com frequência – e esse era o ponto". O ataque à cidadãos americanos, entretanto, persiste. Bloomberg observou uma taxa maior de prisões por porte de pouca quantidade de maconha do que qualquer outro prefeito na cidade de Nova Iorque. E Obama, apesar de defender reformas – tais quais a redução da disparidade entre sentenças sobre crack e cocaína, acabar com o banimento de programas federais que financiam o acesso a seringas e o suporte legal ao status médico da maconha – ainda tem que mudar a política de controle de drogas para uma política pública baseada na área da saúde pública. (Tradução nossa).

políticos admitindo o uso prévio de drogas e agora estão caminhando lentamente para uma política pública mais humana aos toxicômanos.

The connection between drug use and crime is well known. Drug use is implicated in at least five types of drug-related offenses¹⁵ [...]. (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014).

Apesar, então, de avanços no tema, as políticas públicas dos Estados Unidos, quando se trata de drogas, é ainda a repressiva, encarcerando os usuários ao invés de trata-los. O tratamento se dará eventualmente nas prisões apenas se o usuário requerer, e se o tratamento estiver disponível.

When a drug user is arrested, he or she should ask if treatment is available¹⁶. (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2014).

Assim como no Brasil, nos Estados Unidos há o problema da falta de oferta de vagas de tratamento suficientes para a população dependente de narcóticos, o tratamento será dado ao preso que requerer se, e somente se disponível quando do requerimento.

4.3 Legislação de Drogas na Holanda

A Holanda é um país que, desde os primórdios das discussões internacionais acerca das drogas defende a sua regulamentação, e uma abordagem mais branda ao tema.

Não à toa que hoje é um país pioneiro no tratamento de usuários de drogas: esses indivíduos não são marginalizados pela sociedade holandesa, pelo contrário, são por ela acolhidos e tratados.

Atente-se ao fato de que o tráfico de drogas é punido e combatido pela legislação holandesa.

The Netherlands investigates and prosecutes the sale and use of hard drugs just as other countries do. The penalty for trafficking large quantities of these drugs is 12-16 years in prison. Despite a concerted effort against the import and export of hard drugs, the Netherlands remains a site of heavy

¹⁵ A conexão entre o uso de drogas e o crime é sabida por todos. O uso de drogas implica em pelo menos cinco tipos legais de crimes relacionados às drogas [...]. (Tradução nossa).

¹⁶ Quando um usuário de drogas é preso, ele ou ela deve conferir se há tratamento disponível. (Tradução nossa).

trafficking of hard drugs to other European countries¹⁷. (ALCOHOL REHAB, 2015).

O tráfico de drogas é, assim como no resto do globo, punido da Holanda, a grande diferença da política pública sobre drogas jaz justamente no tratamento legal dispensado aos usuários de drogas.

The Dutch approach to hard drug use also differs from many other countries. The government believes that treating addicts is ultimately cheaper than incarcerating them. A greater proportion of funds are diverted to treatment programs. One program provides heroin addicts with a substitute drug called methadone free of charge. Another allows users who inject drugs to exchange used needles for clean ones. This is intended to prevent the spread of HIV¹⁸. (ALCOHOL REHAB, 2015).

Os usuários, portanto, recebem tratamento em acordo com a droga da qual são dependentes, bem como com o grau de seu vício.

Há inúmeros críticos às políticas públicas holandesas no tocante ao tema das drogas, entretanto, números demonstram que ela é sim efetiva, apesar de ainda ter tráfico de drogas, o número de usuários na Holanda é baixíssimo, quando comparado aos números de outros países, como, por exemplo, os números dos Estados Unidos, que defendem uma política de tratamento aos usuários completamente diversa daquela adotada pela Holanda.

International critics of the Dutch system have often assumed that the country must have an enormous problem with drug addiction as a result of its policies. When compared to other countries in the EU, the Netherlands fares around average or below average on most measures of drug use, though it has much lower levels of death due to drug use.

Furthermore, drug use in the Netherlands is far lower than in the US, one of the countries most skeptical of the Dutch approach. A 2008 survey of Americans found that 41% over age 12 had tried marijuana and 15% had tried cocaine. A 2005 survey in the Netherlands found that of people between the ages of 15 and 64, 23% had tried marijuana and 3% had tried cocaine¹⁹. (ALCOHOL REHAB, 2015).

¹⁷ A Holanda investiga e persegue a venda e uso de drogas pesadas assim como qualquer outro país. A pena de tráfico de grandes quantidades de drogas é de 12 a 16 anos de cadeia. Apesar de esforços combinados contra a importação e exportação de drogas, a Holanda permanece um local com muito tráfico de drogas para outros países Europeus.

¹⁸ A abordagem holandesa ao uso de drogas também difere de muitos outros países. O governo acredita que tratar os usuários é muito mais barato do que encarcerá-los. Uma grande proporção de fundos é destinada para programas de tratamento. Um programa provém aos viciados em heroína uma droga substituta chamada metadona, de graça. Outro permite que usuários de drogas injetáveis troquem suas agulhas usadas por agulhas limpas e esterilizadas. Isso visa prevenir que o HIV se espalhe.

¹⁹ Críticos internacionais do sistema holandês geralmente pressupõem que o país deve ter um problema enorme com a toxicomania, como um resultado de suas políticas públicas. Quando comparado à outros países da União Europeia, a Holanda se situa na média, e até mesmo abaixo da média na maior parte das pesquisas sobre o uso de drogas, possui, entretanto, números

As pesquisas supracitadas demonstram a disparidade entre os números norte-americanos e holandeses, e comprovam sem sombra de dúvidas que uma medida mais eficaz e muito mais humanista no tratamento dos usuários de drogas seria o efetivo tratamento por equipe multidisciplinar ao invés do encarceramento.

4.4 Legislação de Drogas em Portugal

O colonizador brasileiro encontra-se em um meio termo entre a abordagem norte-americana e a holandesa, pode-se dizer em fase de transição no sentido da holandesa, assim como outros países europeus, como a Suíça e a Espanha.

Em Portugal, o consumo de drogas foi descriminalizado, mas não despenalizado, os usuários de drogas serão, quando pegos em porte delas, encaminhados ao sistema de saúde português para receberem o devido tratamento.

Desde novembro de 2001 que a aquisição, a posse e o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir uma contraordenação social.

Esta mudança na legislação portuguesa, vulgarmente chamada de Lei da descriminalização do consumo (Lei nº 30/2000, de 29 de novembro) alterou a forma como se olha para um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, passando a considera-lo como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializado.

[...]

Quem for abordado pelas forças de segurança (PSP e GNR) a comprar, na posse ou a consumir substâncias psicoativas ilícitas, em quantidades que não ultrapassem o consumo médio individual previsto na Lei, é conduzido à CDT da capital de distrito onde reside (Lei nº30/2000, de 29 de novembro). Neste serviço, é ouvido por técnicos com formação na área dos comportamentos aditivos e dependências e a sua situação, de consumo e de infração, é avaliada.

[...]

Atualmente, para inúmeros indiciados que chegam às CDT pela mão das forças de segurança e tribunais, (9.046 processos só em 2012) estes

significativamente mais baixos de mortes resultantes do abuso de drogas. Além disso, o uso de drogas na Holanda é drasticamente menor do que nos Estados Unidos da América, um dos países mais sépticos sobre a abordagem holandesa. Uma pesquisa de 2008 entre os americanos mostrou que 41% dos maiores de 12 anos já provaram maconha, e 15% provaram cocaína. Uma pesquisa de 2005 na Holanda mostrou que em relação às pessoas entre 15 e 64 anos, 23% já havia experimentado maconha, enquanto meros 3% haviam provado cocaína.

serviços constituem a “porta de entrada” no sistema de saúde e de apoio especializado, quando o próprio, dificilmente, procuraria ajuda por sua iniciativa. As CDT podem representar, por essa razão, uma oportunidade de vida, uma possibilidade de efetivar a mudança de comportamento para um estilo de vida mais saudável.

O trabalho desenvolvido nas comissões é baseado no princípio da Dissuasão do consumo, sendo este o modelo de intervenção que sustenta a ação.

A intervenção em Dissuasão centra-se na avaliação das necessidades do indivíduo, na motivação para a mudança de comportamento, na dissuasão dos consumos, encaminhando para apoios especializados os indiciados que estando dependentes necessitam de tratamento, reabilitação ou reinserção social, ou prevenindo, ao informar e sensibilizar os indivíduos para os riscos dos seus consumos. (PORTUGAL, 2015).

O governo de Portugal, portanto, oferece ao toxicômano tratamento conforme as suas necessidades, ao invés de marginalizá-lo encaminhando-o à prisão.

5 A EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA NO TRATAMENTO DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

5.1 Breve Introdução ao Tema

Podemos observar que o Brasil é signatário de todos os tratados internacionais anteriormente comentados, desde tempos remotos a preocupação com o tema se faz presente no ordenamento jurídico brasileiro.

A primeira menção de narcóticos em lei nacional foi antes mesmo da independência, nas Ordenações Filipinas, e analisando os dispositivos de então em comparação aos de hoje o progresso feito é tremendo, como poderá ser observado a seguir, há, entretanto, muito a se avançar no tema.

O Brasil, ao contrário da tendência mundial no momento presente, segue adotando a tendência norte-americana de criminalizar o uso de drogas, procurando proibir a sua venda, bem como seu uso (ainda hoje, apesar de penas mais leves, estas se fazem presentes).

5.2 Ordenações Filipinas (1603)

Sobre o assunto das drogas, podemos encontrar em nossa legislação, desde as Ordenações Filipinas de 1603, normas disciplinando o tema, neste diploma legal, proibia-se a venda e possuir em casa “substâncias venenosas”, conforme se observa no título 89, que previa “Que ninguém tenha em casa rosagar, nem o venda, nem outro material venenoso”.

À época, as drogas eram tratadas por “material venenoso”, nomenclatura que foi modificada, posteriormente (mais precisamente pelo Decreto nº 20.930/1932, a ser analisado mais a frente), para adaptar-se às novas definições de drogas, bem como às novas políticas governamentais.

O assunto era tratado no Título 89 do Livro 5:

Livro 5 Tit. 89: Que ninguém tenha em sua casa rosagar, nem o venda nem outro material venenoso.
Nenhuma pessoa tenha em sua caza para vender, rosagar branco, nem vermelho, nem amarelo, nem solimão, nem agua dele, nem escamonea,

nem ópio, salvo se for Boticario examinado, e que tenha licença para ter Botica, e usar do Officio.

E qualquer outra pessoa que tiver em sua caza alguma das ditas cousas para vender, perca toda sua fazenda, alemade para nossa Camera, e a outra pessoa para quem o acusar, e seja degradado para a Africa até nossa mercê.

E a mesma pena terá quem as ditas cousas trouxer de fora, e as vender a pessoas, que não forem Boticarios. (PORTUGAL, 1603).

A pena, à época seria ser deportado para a África ou então perder a fazenda, ainda não havia qualquer regulamentação a respeito do consumo de entorpecentes. A grande preocupação se dava em relação à venenos que poderiam ser vendidos em farmácias, a lei visava principalmente coibir tal fato.

5.3 Código Criminal do Império do Brasil (1830)

Após, durante a vigência do Código Criminal do Império do Brasil, foi editado o Regulamento de 29 de setembro de 1830, que tratava do tema junto da polícia sanitária e a venda de medicamentos e substâncias medicinais.

O artigo 39 cuidava do preparo e venda de drogas enquanto o artigo 51 se ocupava da venda ilegal das denominadas substâncias venenosas:

Art. 39. Nenhum Facultativo poderá preparar e nem vender remedios ou drogas, excepto nos lugares onde não houver botica aberta; o nem tão pouco poderá em hypothese nenhuma ter sociedade ou fazer contracto com Boticario ou droguista sobre objectos relativos ás suas profissões; e nem impor aos doentes a condição de comprar os remedios em certa e determinada botica. As infracções serão punidas com a multa de duzentos mil réis pela primeira vez, e na mesma quantia e quinze dias de cadêa nas reincidencias.

Art. 51. Os droguista, e os que vendem substancias venenosas das constantes da tabella de que falla o Art. 79 deste Regulamento, assim como os fabricantes que em suas fabricas empregarem taes substancias, deverão participar ás Autoridades Sanitarias, que os matricularão em livro para isso determinado, especificando-se o lugar em que vendem as ditas substancias ou as fabricas em que as usão. Os infractores incorrerão pela primeira vez na multa de duzentos mil reis, e nas reincidencias na mesma multa, podendo-se-lhes fechar as casas ou fabricas por espaço de tres mezes. (BRASIL, 1830).

À época constata-se preocupação com medicamentos que fossem considerados “venenosos”, havia, portanto, a regulamentação de sua venda e fiscalização por meio da polícia sanitária.

Nesse tempo os estudos sobre narcóticos não eram ainda avançados, e muitas das substâncias hoje consideradas extremamente nocivas à saúde ainda

eram utilizadas como fármacos, a cocaína era uma delas, utilizada, à época, como anestésico local, bem como energético pouco depois.

Os médicos ainda acreditavam estar diante de substância com poderes de cura milagrosos, receitando largamente a cocaína, nomes de peso como o próprio Freud, pai da psicanálise, utilizavam e receitavam a cocaína.

Portanto, não há ainda na legislação formas de tratamento ao toxicômano, quiçá ao dependente de Crack, droga que sequer existia à época.

5.4 Código Penal de 1890

O Código Penal de 1890, sobre o tema, dispõe o seguinte:

Art. 159. Expôr á venda, ou ministrar, substancias venenosas, sem legitima autorizaçãõ e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitarios: Pena de multa de 200\$ a 500\$000. (BRASIL, 1890).

Note-se que neste diploma legal, a expressão utilizada ainda era “substâncias venenosas”, não há qualquer menção a drogas ou usuários, nota-se apenas uma preocupação com a prática sanitária.

Cumprir dizer que, à época de sua edição, as drogas ainda não consistiam em problema grave à sociedade, sendo consumidas principalmente por jovens burgueses, o Brasil, até então, não possuía políticas públicas tratando do tema.

Ainda, ao fim da década de 1880 e início de 1890 a comunidade científica descobria os efeitos milagrosos da cocaína, utilizando-a, inclusive como anestésico local, o que permitiu cirurgias oculares dentre outros tipos de cirurgia localizada.

A cocaína não era, então, vista como droga, mas como medicamento, portanto não havia legislação sobre o tema.

5.4.1 Decreto nº 4.294/1921

Em 1912 o Brasil se comprometeu como signatário da Conferência Internacional do Ópio, em Haia, a fiscalizar o consumo de ópio e cocaína.

Tendo o Brasil subscrito, no próprio ano de 1912, o protocolo suplementar de assinaturas da Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia, o

Dec. 2.861 de 08.07.14, sancionou a Resolução do Congresso Nacional que aprovara a adesão. Através do Dec. 11.48 I, de 10.02.15 - que mencionava "a abuso crescente do ópio, da morfina e seus derivados, bem como da cocaína" Wenceslau Braz determinava a observância da Convenção. E nesta ocasião que a política criminal brasileira para drogas começa a adquirir uma configuração definida, na direção de um modelo que chamaremos "sanitário", e que prevalecerá por meio século. (BATISTA, Nilo, 1997, p.131).

Em 1914, entretanto, uma grande quantidade de toxicomania invadiu o país, que, sem normas eficientes para tratar do tema, não teve recursos imediatos para lidar com o problema, chegaram a se formar, em São Paulo, clubes de toxicômanos.

Tal dispositivo, porém, isolado, foi insuficiente para combater a onda de toxicomania que invadiu nosso país após 1914, sendo que em São Paulo chegou a formar-se, à semelhança de Paris, um século antes, um clube de toxicômanos. Tentando coibir tal estado de coisas, foi baixado o Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921, inspirado na Convenção de Haia de 1921 [...]. (FILHO; RASSI, 2009, p.1).

Como resposta a tais ocorrências, foi editado o Decreto n. 4.294 de 6 de julho de 1921, determinando pena para o crime de tráfico de drogas e criando unidades para a internação dos dependentes.

Este diploma legal traz já em seu artigo 1º medidas de combate às drogas, é um marco legal, pois a partir dele o tema das drogas começou a ganhar importância e atenção.

Art. 1º Vender, expôr á venda ou ministrar substancias venenosas, sem legitima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitarios:
 Pena: multa de 500\$ a 1:000\$000.
 Paragrapho unico. Si a substancia venenosa tiver qualidade entorpecente, como o opio e seus derivados; cocaína e seus derivados:
 Pena: prisão celular por um a quatro annos. (BRASIL, 1921).

Podemos afirmar que esta foi a primeira lei brasileira a tratar propriamente do tema das drogas, tomando uma posição no tema e estabelecendo medidas a serem tomadas no combate aos narcóticos, tal fato verifica-se já no preâmbulo do referido decreto:

Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessários. (BRASIL, 1921).

Este diploma legal definiria, pelos próximos anos, um tratamento dispensado às drogas seguindo, em acordo com Nilo Batista, 1997, um “modelo sanitário”, que aproveitava os estudos e técnicas higienistas, bem como as autoridades judiciais, sanitárias e policiais exercendo funções contínuas.

[...] este modelo, no qual autoridades sanitárias, policiais e judiciárias exercem - às vezes, fungivelmente - funções contínuas, merece a designação de sanitário: é que se pode perceber claramente o aproveitamento de saberes e técnicas higienistas, para as quais as barreiras alfandegárias são instrumento estratégico no controle de epidemias, na montagem de tal política criminal [...]. (BATISTA, Nilo, 1997, p.134).

Nessa época o viciado era tratado como doente, o tratamento era similar ao dispensado a doenças tais quais: a febre amarela e a varíola. O uso de drogas, até então, não era criminalizado, era considerado uma doença contagiosa, que oferecia perigo à população.

Em correspondência a tal solução, os intoxicados “por substância venenosa que tiver qualidade entorpecente” se sujeitavam a uma internação compulsória “para evitar a prática de atos criminosos ou a completa perdição moral” (art. 6.º, § 2.º, al. a). A regulamentação desse decreto legislativo, efetuada dois meses depois através do Dec. 14.969, de 03.09.21, previa a criação do “Sanatório para toxicômanos” no Distrito Federal, mas enquanto isso não ocorresse as internações dos intoxicados - que estavam sujeitos a interdição - se dariam na Colônia de Alienados (art. 9.º, § 5.º). (BATISTA, Nilo, 1997, p.131).

O usuário de drogas, era visto, portanto, como se fosse uma espécie de doente mental perigoso à sociedade, sua internação e tratamento não seriam em seu interesse, mas sim para proteger a sociedade de eventual risco que pudesse oferecer, visando evitar a prática de eventuais crimes pelo usuário.

Em 1921 sobreveio o Decreto n. 14.969, contendo regulamento para a entrada de tóxicos no país, completando o Decreto n. 4.294, que, por sua vez, foi emendado, em 1922, pelo Decreto n. 15.683, apenas no sentido de corrigir erros.

5.4.2 Decreto nº 20.930/1932

Os resultados da repressão ao surto de toxicomania que invadiu o país em meados de 1930 foram precários, sendo editado, em 1932 o Decreto n. 20.930 para tentar combater o avanço dos narcóticos em território brasileiro.

Por falta de condições de efetivação da legislação, também ainda incipiente, os resultados da repressão foram precários, tendo sido, em janeiro de 1932, editado o Decreto n. 20.930 [...].(FILHO; RASSI, 2009, p.2).

Neste Decreto, em seu capítulo IV, foi regulamentada a maneira de tratamento do dependente químico:

CAPÍTULO IV - DA INTERNAÇÃO E DA INTERDIÇÃO CIVIL

Art. 44. A toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de notificação compulsória, feita com caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Art. 45. Os toxicômanos e os intoxicados habituais por entorpecentes e pelas bebidas alcoólicas ou, em geral, inebriantes, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória dar-se-á quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou a bem dos interesses de ordem pública, sempre a requerimento do representante do Ministério Público, que, no Distrito Federal, será o curador de Orfãos, e em virtude de decisão judiciária.

§ 2º Terá também lugar a internação obrigatória quando o juiz a ordenar de ofício nos casos:

- a) de condenação por embriaguez habitual;
- b) de impronúncia ou absolvição, em virtude da dirimente do art. 27, § 4º, do Código Penal, com fundamento de doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas no art. 1º e neste.

§ 3º A internação facultativa dar-se-á quando provada a conveniência do tratamento hospitalar, e a requerimento do interessado, seus representantes legais, cônjuge ou parente até o quarto grau colateral inclusive.

§ 4º Nos casos de urgência notória ou evidente, poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação, fundada no laudo de exame, ainda que sumário, efetuado por dois médicos de inteira idoneidade, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação.

§ 5º A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando a maioria dos peritos por ele nomeados a considere necessária à observação, médico-legal.

§ 6º A internação far-se-á em alguns dos estabelecimentos indicados no decreto legislativo n. 4.294, de 6 de julho de 1921, ou em estabelecimento público apropriado, e, na falta, em qualquer estabelecimento hospitalar, público ou particular, submetido à fiscalização oficial. (BRASIL, 1932).

Este diploma legal segue a tendência do anterior, porém mais rígido, prevendo, inclusive a internação compulsória, que poderia se dar até mesmo por tempo indeterminado, “pelo tempo que os peritos julgarem conveniente”, como se pode observar ao art. 46:

Art. 46. A decisão judicial poderá decretar simplesmente a internação para tratamento, pelo tempo que os peritos julgarem conveniente ou por tempo indeterminado, e simultaneamente a interdição plena, ou limitada, segundo o estado mental do internado.

§ 1º Decretar-se-á a internação simplesmente para tratamento, se o exame pericial não demonstrar necessidade de limitação da capacidade civil do internado; neste caso, o procedimento judicial terá caráter secreto.

§ 2º A interdição limitada importa a equiparação do interdito aos incapazes

relativamente, enumerados no art. 6º do Código Civil. § 3º Em casos de internação prévia, a autoridade que a ordenou proverá pelos meios convenientes à custódia imediata e provisória dos bens do internado.

§ 4º Decretada a internação simplesmente para tratamento, o juiz nomeará pessoa idônea para acautelar os interesses do internado. A essa pessoa, cuja indicação é facultada ao internado, ficam conferidos apenas os poderes de administração, salvo a outorga de poderes expressos nos casos e na forma do art. 1.295 do Código Civil, quando o juiz a autorize, de acordo com o laudo médico.

§ 5º A alta dos internados só poderá ser autorizada pelo Juízo que houver decretado a internação, e mediante novo exame pericial, que a justifique.

§ 6º Ao decretar a alta, atenderá sempre o juiz às garantias de não voltar a intoxicar-se o doente, podendo para esse fim estabelecer um regime de liberdade vigiada.

§ 7º Na internação extra-judicial, se o internado quiser deixar o estabelecimento onde se encontra ou se daí o quiserem retirar, seus representantes legais, ou pessoa de sua família, cumpre ao diretor respectivo, se não aprovar a resolução, comunicar o fato, imediata e reservadamente, ao representante do Ministério Público, mantida a internação pelo prazo de cinco dias, contados da apresentação do ofício respectivo.

§ 8º Essa providência não exclue a obrigação da remessa periódica à autoridade competente dos mapas de entradas e saídas dos internados, quer nos Estados onde for determinada pelos regulamentos, quer no Distrito Federal, onde será feita semanalmente quanto aos toxicômanos.

§ 9º O membro do Ministério Público não violará o sigilo determinado no § 7º, salvo para fins de procedimento judicial. (BRASIL, 1932).

Comporta salientar que, o ingresso aos centros de reabilitação era facilitado, a saída era, entretanto, extremamente burocrática, dependendo de atestado médico de cura do paciente, podendo o Ministério Público recorrer de tal decisão; a alta do paciente era uma decisão judicial e não médica.

Desse modo, consolidou-se a concepção sanitária de controle das drogas. As drogas estavam nas prateleiras, sob os auspícios dos boticários e farmacêuticos. As autoridades sanitárias aderiram às técnicas higienistas, tendo como instrumento as barreiras alfandegárias. A drogadição consubstanciava-se em doença de notificação compulsória. Desenhava-se um sistema médico-policia. Os usuários, dependentes e experimentadores inicialmente não eram criminalizados. Mas estavam submetidos à rigoroso tratamento, que passava pela internação obrigatória (por representação da Autoridade Policial ou do Ministério Público, pautada, nos casos urgentes, em mero laudo de exame, com caráter sumário) ou facultativa (por controle familiar até o quarto grau, com projeções patrimoniais, pelo acautelamento dos bens). Já o hospital que recebesse toxicômanos deveria comunicar fato à Autoridade Sanitária, que comunicaria à Polícia e ao Ministério Público. A droga deveria ser ministrada em doses homeopáticas para os internos, pela diminuição gradativa ou pela privação progressiva. A saída dos internos atrelava-se ao atestado médico de cura, referente à alta concedida pela Autoridade Sanitária, que notificaria a Polícia, para efetivar a vigilância. **A alta do paciente assimilava-se a um alvará de soltura e consistia em decisão judicial.** O eixo médico-farmacêutico impregnou o modelo legal e imprimiu um caráter científico com a insurgência de um viés moralista. (PEDRINHA, Roberta Duboc, 2015, p. 5, 6, grifou-se).

Outra mudança que o decreto nº 20.930 traz é a nomenclatura, que muda de substâncias venenosas até então utilizada na legislação brasileira para entorpecentes, conforme se verifica já no preâmbulo:

Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. (BRASIL, 1932).

Segundo o sociólogo Paulo Cesar, na reportagem sobre a criminalização de drogas, 2015, a mudança terminológica significa uma “nova postura do governo sobre as drogas”, no caso uma postura mais rígida, resultando em leis mais rigorosas bem como a tomada de medidas a fim de reprimir o uso bem como fazer cumprir a lei.

Apesar de prever a internação como forma de tratamento aos toxicômanos, o Decreto nº 20.930 possuía em seu texto um artigo que permitia a sua prisão.

O art. 26 determina a prisão de nove meses a quem fosse encontrado tendo consigo ou em casa as substâncias elencadas no art. 1º, definidas como substâncias entorpecentes, dentre elas a cocaína.

Art. 26. Quem for encontrado tendo consigo, em sua casa, ou sob sua guarda, qualquer substância compreendida no art. 1º, em dose superior, à terapêutica determinada pelo Departamento Nacional de Saude Pública, e sem expressa prescrição médica ou de cirurgião dentista, ou quem, de qualquer forma, concorrer para disseminação ou alimentação do uso de alguma dessas substâncias.

Penas: três a nove meses de prisão celular, e multa de 1:000\$0 a 5:000\$0.

Parágrafo único. Em circunstâncias especiais, mediante declaração do médico regularmente inscrito no Departamento Nacional de Saude Pública, poderá ser excedida a dose terapêutica acima determinada, devendo em tais casos ser apresentada pelo próprio médico, à autoridade sanitária, a justificação do emprego do entorpecente. (BRASIL, 1932).

Ou seja: aquele que fosse dependente químico poderia acabar sendo preso em razão deste artigo, pois o risco de ser encontrado na posse das denominadas substâncias entorpecentes era grande, ao invés de ser submetido ao tratamento como preceituam os artigos supracitados, seria preso em razão deste artigo.

Ainda, a internação prevista neste diploma legal possui a mesma natureza do anterior: higienista visava em prima evitar que o dependente químico

cometesse crimes em razão do vício, protegendo, então, a sociedade. O Estado não tinha a visão de internar o indivíduo para beneficiá-lo, tratando-o de forma a livrá-lo do vício em entorpecentes, pelo contrário, importava em medida a prevenir a prática criminal.

5.4.3 Decreto nº 24.505/1934

O Decreto n. 24.505 de junho de 1934 veio modificar o Decreto 20.930, corrigindo a redação de alguns artigos deste diploma legal, inclusive a do art. 26, que determinava a prisão de quem fosse encontrado com substâncias entorpecentes:

Art. 26. Quem for encontrado tendo consigo, em sua casa, ou sob sua guarda, qualquer substancia comprehendida no art. 1º, em dose superior á therapeutica determinada pelo Departamento Nacional de Saude Publica, e sem expressa prescrição medica ou de cirurgião-dentista ou quem possua em seu estabelecimento, fóra das prescrições legaes, qualquer das referidas substancias entorpecentes, penas: tres a nove mezes de prisão cellular, e multa de 1:000\$ a 5:000\$000. Paragrapho unico. Em circunstancias especiaes, mediante declaração do medico regularmente inscripto no Departamento Nacional de Saude Publica, poderá, ser excedida a dose therapeutica acima determinada, devendo em taes casos ser apresentada pelo proprio medico, á autoridade sanitaria, a justificação do emprego do entorpecente. (BRASIL, 1934).

A maior mudança deste diploma legal é determinar que a prisão se daria quando a dose encontrada em posse do indivíduo for superior à dose terapêutica, pois, como dito, acabou havendo inúmeras prisões de pessoas que não os traficantes, que em um primeiro momento é quem a lei visava atingir.

A medida tomada no tratamento dos toxicômanos continua sendo a internação compulsória, ou, se fosse encontrado em posse de substâncias entorpecentes, agora em quantidade superior à dose terapêutica, a prisão.

Importa, ainda, salientar que essa política de tratamento do usuário de drogas adotada pelo Estado acabou gerando sérias consequências, estas podem ser vistas até hoje. O toxicômano era visto nessa época como era um leproso visto na idade média, sua internação era para proteger a sociedade do perigo por ele representado, essas pessoas acabaram sendo cada vez mais marginalizadas pela sociedade.

5.4.4 Decreto nº 708/1936

A luta contra as drogas e a dependência química foi impulsionada pelo Decreto n. 708 de 28 de abril de 1936, que buscava uniformizar a legislação sobre o tema, à época ainda fragilizada e esparsa, bem como estabelecer medidas de repressão e fiscalização ao comércio ilegal e ao uso de drogas.

A criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes pelo Decreto nº. 780, de 28 de abril de 1936, representou grande avanço na harmonização da legislação pátria sobre drogas.

Os trabalhos da Comissão deram azo a edição da Lei de Fiscalização de Entorpecentes, aprovada pelo Decreto-lei nº. 891, de novembro de 1938, a qual fora inspirada na Convenção de Genebra de 1936. (AVELINO, Víctor Pereira, 2009).

Esta norma criou a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes, a fim de “incentivar a luta contra os venenos sociais”, conforme observa-se já no preâmbulo do texto normativo:

Considerando que cumpre á União, aos Estados e aos municipios cuidar da hygiene mental e incentivar a lucta contra os venenos sociaes, ex-vi do art. 138 letra g da Constituição Federal;

Considerando a utilidade de dotar nossa administração com os elementos indispensáveis á fiscalização legal e á repressão ao trafego e uso illicitos de entorpecentes, compatíveis com o aperfeiçoamento dos serviços congengeres em outros paizes, tendo em vista a solidariedade internacional;

Considerando que o Brasil, signatario das convenções internacionaes, que regulam a materia, não se acha em grão de 1hes dar cabal execução, por falta de competente aparvalhamento legal e administrativo;

Considerando a necessidade de intensificar, em todo o territorio da Republica, a fiscalização do commercio licito e a acção repressiva, solidaria entre as autoridades competentes, contra o uso e o trafico illicitos de entorpecentes, repressão, que, sob os auspicios da Liga das Nações, tão proficuos resultadas vêm apresentado, no campo internacional e, internamente, em diversos paizes, compartes nas Convenções internacionaes de Haya de 1912 e nas de Genebra de 1925 e 1931, referentes á materia;

Considerando a conveniencia de revisão de legialação brasileira, neste particular, de modo a facultar ás autoridades os meias indispensaveis á eficiencia de sua acção fiscalizadora e repressiva;

Considerando a oportunidade de fixar a cooperação de todos os orgãos encarregados da fiscalização do commercio de entorpecentes e de repressão de seu trafico e uso illicitos

Considerando a necessidade de attribuir á coordenação das actividades fiscalizadora e repressiva, caracter permanente, de forma a permittir e facilitar a estreita collaboraçã do Governo brasileiro com os orgãos technicos internacionaes da Liga das Nações. (BRASIL, 1936).

Como é sabido, o preâmbulo não possui força normativa, mas a partir da leitura deste podemos ver claramente as ideias e meios adotados pelo governo no tratamento dos dependentes químicos.

A influência das convenções pelo Brasil assinadas são bastante claras, conforme se observa a menção das Convenções de Genebra, que influenciaram o Governo na edição deste diploma legal.

O uso ainda ensejaria a internação compulsória, nos termos do Decreto nº 20.930/1932, como bem se nota nas considerações supracitadas, ora, tal diploma legal veio justamente para dar força à legislação vigente, impulsionando a política sanitária adotada.

O Decreto n. 2.953 de 1938 emenda o Decreto n. 780 de 1936, a fim de corrigi-lo.

Correções foram feitas também pelo Decreto-lei 3.114 de março de 1941, este emendado pelo Decreto-lei n. 8.647 de 1946.

A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes foi criada para impulsionar o combate às drogas, ficando a seu cargo, inclusive a elaboração do anteprojeto de consolidação das leis sobre narcóticos vigentes no país, conforme dita o art. 4 do Decreto 780 de abril de 1946.

Em abril de 1936 foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) pelo decreto nº 780, se justificava a medida que cumpria ao Estado brasileiro cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Cabia ainda à comissão elaborar projetos com vista a consolidar as leis nacionais sobre drogas e submetê-las ao Poder Legislativo, com a criação da CNFE, criaram-se as comissões estaduais, apresentando portanto um provável embrião para o projeto de política nacional brasileira sobre drogas. (MARINO, Saritha Regina Pereira Chagas, 2013).

A Comissão era também, órgão consultivo do Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Educação e Saúde Pública, orientando o Governo no tocante às suas relações com o Comitê Central do Ópio (órgão da Liga das Nações).

O art. 3º do decreto traz as competências da comissão, dentre elas o estudo e fixação das normas gerais da repressão ao uso de narcóticos.

Artigo 3º.

A Comissão terá a seu cargo o estudo e a fixação do normas geraes de accção fiscalizadora do cultivo, extracção, producção, fabricação, transformação, preparo, posse, importação, reexportação, offerta, venda, compra, troca, cessão, bem como a repressão do trafico e uso illicitos de drogas entorpecentes, incumbindo-lhe todas as attribuições decorrentes dos objectivos geraes, para os quaes é constituída. (BRASIL, 1936).

Da atividade da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes resultou o projeto para a edição do Decreto-Lei n. 891 de 1938.

5.4.5 Decreto-Lei 891/1938

O Decreto-Lei n. 891 data de 25 de novembro de 1938, modificou, no tocante a parte penal, o Decreto n. 20.930, que, por sua vez, integrava a Consolidação das Leis Penais.

O decreto, à semelhança da Convenção de Genebra de 1936, especifica em primeiro lugar as substâncias que considera como drogas, para, em seguida, regulamentar o tema.

O texto do Decreto-lei n. 891 inspirou-se na Convenção de Genebra de 1936 e traz a relação das substâncias consideradas entorpecentes, normas restritivas de sua produção, tráfico e consumo, bem como trata da interdição civil dos toxicômanos. (FILHO; RASSI, 2009, p.2).

A cocaína se encontra prevista nos incisos do art. 1º:

Artigo I

São consideradas entorpecentes, para os fins desta lei e outras aplicáveis, as seguintes substâncias:

Primeiro grupo: [...]

XIV - A Cocaína, seus sais e preparações. (BRASIL, 1938).

Em seu artigo 44 reforça a competência da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, repetindo o conteúdo do art. 3º do Decreto-Lei 708/1936.

Artigo 44

A Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, criada pelo decreto n. 780, de 28 de abril de 1936, que fica mantido com as modificações nele introduzidas, terá a seu cargo estudar e a fixação de normas gerais, de ação fiscalizadora sobre o cultivo, expiração, produção, fabricação, posse, oferta, venda, compra, troca, cessão, transformação, preparo, importação, exportação, reexportação, bem como repressão do tráfico e uso ilícito de drogas entorpecentes, incumbindo-lhe todas as atribuições decorrentes dos objetivos gerais, visados pelo referido decreto, bem como zelar pelo fiel e cabal cumprimento da presente lei. (BRASIL, 1938).

Em um link histórico, a partir de 1930 no Brasil adentramos na era Vargas, mais especificamente, a partir de 1937 adentramos no Estado Novo, período de ditadura em nossa pátria.

As leis desse período, então, refletem essa situação de estar sob a égide de um governo totalitário, ademais, em tal período a influência norte-americana no Brasil era tremenda, a ponto do nome do país ser modificado para “Estados Unidos do Brasil”; os Estados Unidos, como visto no capítulo anterior, adotaram, desde as primeiras discussões acerca do tema, uma posição

extremamente totalitária e proibicionista: visavam acabar com as drogas de um modo geral.

Este diploma legal enrijeceu ainda mais a legislação sobre o tema, de modo que as internações compulsivas não poderiam mais se dar em âmbito domiciliar, e poderiam ser por tempo indeterminado.

Ademais, ressalte-se que este Decreto-Lei, bem como os Decretos 20.930/1932, 24.505/1934 e o 108/1936 foram todos editados sob a influência de tratados que vinham sendo feitos e, pelo Brasil subscritos no plano internacional.

Tais tratados são: A Conferência de Haia (que, em 1912 deu origem à Convenção Internacional do Ópio), bem como as Convenções de Genebra de 1931 e 1936, estas últimas determinavam aos signatários a tomada de medidas em âmbito nacional a fim de proibir e controlar a disseminação da toxicomania.

As medidas até então estudadas, que deram origem ao art. 281 do Código Penal de 1940, a ser analisado em seguida, refletem também o conteúdo destes tratados, procurando, em âmbito nacional, cumprir o acordado internacionalmente.

5.5 Código Penal de 1940

O Código Penal trata do tema de maneira equilibrada, inclusive diminuindo os verbos que caracterizariam o tráfico de drogas.

O art. 281, inserido no capítulo dos crimes contra a saúde pública, trata do tema:

Comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes

Art. 281. Importar ou exportar, vender ou expor à venda, fornecer, ainda que a título gratuito, transportar, trazer consigo, ter em depósito, guardar, ministrar ou, de qualquer maneira, entregar a consumo substância entorpecente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, de dois a dez contos de réis. [...]

§ 3º As penas do parágrafo anterior são aplicadas àquele que:

I - Instiga ou induz alguém a usar entorpecente;

II - utilizar local, de que tem a propriedade, posse, administração ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que a título gratuito, para uso ou guarda ilegal de entorpecente;

III - contribue de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso de substância entorpecente. [...] (BRASIL, 1940).

Conforme é possível observar já na leitura do artigo 281, o uso de drogas não é criminalizado, apenas o tráfico.

Quando sobreveio o Código Penal de 1940, firmou-se a opção por não se criminalizar o consumo de drogas. No contexto histórico da redemocratização, após o Estado Novo, foi se delineando, a partir de 1946, um eixo moralizante, que foi se aderindo ao discurso da droga, o que continuaria até 1964. Para Nilo Batista, este ano significou a baliza divisória da ruptura do modelo de política criminal, que se translocou do sanitário para o bélico. Todavia, se percebem algumas permanências, vinculadas à construção do estereótipo da dependência e da doença. (PEDRINHA, Roberta Duboc, 2015, p. 6).

O tema, na década de 40, perde importância em âmbito nacional, voltando a ganhar força apenas em 1961, com a entrada em vigor da Convenção Única de Nova Iorque sobre entorpecentes.

Sendo o Brasil um signatário da Convenção Única de Nova Iorque, esta foi promulgada de 1964, trazendo, inclusive, uma lista mais completa de entorpecentes do que a do Decreto-Lei 891/1938.

5.6 Lei nº 5.726/1971

O Brasil adota, neste diploma legal, posição proibicionista, conforme observamos já no preâmbulo:

Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. (BRASIL, 1971).

O art. 1º traz o dever de colaboração da sociedade, tomando medidas contra o tráfico de entorpecentes, bem como seu uso.

Art. 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas que não prestarem, quando solicitadas, a colaboração nos planos e programas do Governo Federal de combate ao tráfico e uso de drogas perderão, a juízo do Poder Executivo, auxílios e subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações. (BRASIL, 1971).

Este diploma legal adota o mesmo tratamento do art. 281 do Código Penal de 1940, segue sem diferenciar usuário de traficante, com o agravante de que as penas foram aumentadas.

O art. 281 do Código Penal de 1940 punia o tráfico com um a cinco anos de reclusão e multa, enquanto, no art. 23 da lei 5.726 a pena é de um a seis anos de reclusão e multa:

Art. 23. O artigo 281 e seus parágrafos do Código Penal passam a vigorar com a seguinte redação:

Comércio, posse ou uso de entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica.

"Art. 281. Importar ou exportar, preparar, produzir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer, ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, ministrar ou entregar de qualquer forma, a consumo substância entorpecente, ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacôrdo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 6 anos e multa de 50 (cinquenta) a 100 (cem) vezes o maior salário-mínimo vigente no País.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem, indevidamente:

Matérias-primas ou plantas destinadas à preparação de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica. (BRASIL, 1971).

Este diploma legal, se preocupa inovadoramente com medidas preventivas do uso de drogas, tais quais planos de esclarecimento popular, alertando dos perigos das drogas, bem como a proibição do cultivo, e destruição de plantações, conforme se visualiza em seu artigo 4º:

Art. 4º No combate ao trafico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão aplicadas, entre outras, as seguintes medidas preventivas:

I - A proibição de plantio, cultura, colheita e exploração por particulares, da dormideira, da coca, do cânhamo "cannabis sativa", de tôdas as variedades dessas plantas, e de outras de que possam ser extraídas substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica;

II - A destruição das plantas dessa natureza existentes em todo o território nacional, ressalvado o disposto no inciso seguinte;

III - A licença e a fiscalização, pelas autoridades competentes, para a cultura dessas plantas com fins terapêuticos e científicos;

IV - A licença, a fiscalização e a limitação, pelas autoridades competentes, da extração, produção, transformação, preparo, posse, importação, exportação, reexportação, expedição, transporte, exposição, oferta, venda, compra, troca, cessão ou detenção de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, para fins terapêuticos e científicos;

V - O estudo e a fixação de normas gerais de fiscalização e a verificação de sua observância pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e órgãos congêneres dos Estados e Territórios;

VI - A coordenação, pela Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes e pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, de todos os dados estatísticos e informativos colhidos no País, relativos às operações mercantis e às infrações à legislação específica;

VII - A observância, pelos estabelecimentos farmacêuticos e hospitalares, pelos estabelecimentos de ensino e pesquisas, pelas autoridades sanitárias, policiais ou alfandegárias, dos dispositivos legais referentes a balanços,

relações de venda, mapas e estatística sôbre substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica;
 VIII - A observância por médicos e veterinários dos preceitos legais e regulamentares, relativos à prescrição de substâncias que determinem dependência física ou psíquica;
 IX - A colaboração governamental com organismos internacionais reconhecidos e com os demais Estados na execução das disposições das Convenções que o Brasil se comprometeu a respeitar;
 X - A execução de planos e programas nacionais e regionais de esclarecimento popular, especialmente junto à juventude, a respeito dos malefícios ocasionados pelo uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, bem como da eliminação de suas causas. (BRASIL, 1971).

Quanto ao tratamento dos usuários de drogas, a solução, as “medidas de recuperação” que a lei 5.726/1971 trouxe foi a prisão do dependente químico que praticasse qualquer das condutas previstas no art. 281 do Código Penal/1940, conforme as penas deste dispositivo legal, conforme se observa ao art. 9º da Lei. 5.726/1971.

Art. 9º Os viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal, ficarão sujeitos às medidas de recuperação estabelecidas por esta lei. (BRASIL, 1971).

A internação seria a medida tomada quando o toxicômano não tivesse capacidade plena, ou seja, quando fosse constatada a inimputabilidade do Toxicômano, este seria submetido à internação, conforme dispõe o art. 10:

Art. 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui êste a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acôrdo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação. (BRASIL, 1971).

O problema da fácil internação e burocrática saída, citado em diplomas anteriores persiste, não há previsão para a saída do toxicômano, a lei traz apenas que, quando não possuir a capacidade de entender o ilícito do fato, o usuário será internado em hospital psiquiátrico “*pelo tempo necessário à sua recuperação*”.

Ressalte-se, ainda, que a unidade de internação eram hospitais psiquiátricos, ou seja, o toxicômano não seria tratado como toxicômano, seria internado em um hospital psiquiátrico, e tratado como se tivesse problemas psiquiátricos.

A condição de semi imputabilidade seria, em acordo com o artigo 11 “caput”, uma atenuante da pena do art. 281, Código Penal/1940.

Art. 11. Se o vício não suprimir, mas diminuir consideravelmente a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação do agente, a pena poderá ser atenuada, ou substituída por internação em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.
 § 1º Se, cumprindo pena, o condenado semi-imputável vier a recuperar-se do vício por tratamento médico, o Juiz poderá, a qualquer tempo, declarar extinta a punibilidade.
 § 2º Se o agente fôr maior de 18 (dezoito) e menor de 21 (vinte e um) anos, será obrigatória a substituição da pena por internação em estabelecimento hospitalar. (BRASIL, 1971).

Quando o toxicômano fosse menor de dezoito anos, seria internado em unidade hospitalar, nos conformes do artigo 12:

Art. 12. Os menores de 18 (dezoito) anos, infratores viciados, poderão ser internados em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação.

Art. 13. Observadas as demais condições estabelecidas no Código Penal e no Código de Processo Penal, a reabilitação criminal do viciado a que tiver sido aplicada pena ou medida de segurança pela prática de crime previsto no artigo 281 do Código Penal, com a redação do artigo 1º do Decreto-lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968, e as modificações constantes da presente lei, poderá ser requerida decorridos 2 (dois) anos do dia em que fôr extinta, de qualquer modo, a pena principal ou terminar a execução desta ou da medida de segurança aplicada em substituição e do dia em que terminar o prazo da suspensão condicional da pena ou do livramento condicional, desde que o condenado comprove estar recuperado do vício. (BRASIL, 1971).

Este diploma legal criminaliza o uso de drogas, oferecendo tratamento apenas ao usuário identificado como inimputável, aos outros toxicômanos o tratamento seria a prisão.

Ainda, o tratamento oferecido ao dependente químico que se caracterizasse seria a internação em hospital psiquiátrico, ao invés de receber tratamento específico para a sua enfermidade, o toxicômano receberia tratamento para enfermidade psiquiátrica de modo generalizado.

O agravamento das penas se explica pelo contexto histórico à época vivido: em junho de 1971 os Estados Unidos declararam Guerra às Drogas, a política adotada pelos norte americanos para com as drogas seria a de tolerância zero, tal política serviria também para os usuários, que acabavam na cadeia.

Ainda, em 1961 foi firmada a Convenção Única de Nova Iorque, diploma de natureza extremamente proibicionista no que toca ao consumo e ao tráfico de drogas, o posicionamento adotado pelas Nações Unidas foi, como visto no capítulo anterior, de coibir ao máximo o tráfico e uso de drogas, liderado pelos Estados Unidos.

O Brasil, bem como grande parte da comunidade internacional, adotou tal posicionamento, agravando as penas para o tráfico de drogas, e criminalizando o uso de drogas, tratando tal questão com a prisão.

Outra agravante: esse diploma legal foi editado no período da ditadura militar, no auge da guerra fria, estudiosos do tema relatam que as drogas eram vistas como porta de entrada à ideologia comunista, o grande terror da época.

O marco foi justamente o ano do golpe militar, e não sem motivo. Pois este regime passou a ter ingerência sobre a condução de toda a política criminal no Brasil. Nesse contexto, da Europa às Américas, a partir da década de 60, a droga passou a ter uma conotação libertária, associada à manifestações políticas democráticas, aos movimentos contestatórios, à contracultura, especialmente as drogas psicodélicas, como a maconha e o LSD. Nesse momento, entrou em cena a guerra fria, com o capitalismo industrial de guerra, fato que propiciou a militarização das relações internacionais, no campo da geopolítica. Para o governo militar, a droga era ainda tida pelo DOPS-Rio como elemento de subversão, vista como arma da guerra fria, associada a uma estratégia comunista para destruir o Ocidente e as bases morais da civilização cristã. Nessa direção, os investimentos foram se tornando cada vez mais vultuosos no combate às drogas. (PEDRINHA, Roberta Duboc, 2015, p. 6).

O contato do jovem com as drogas era visto como estratégia da esquerda comunista a fim de abalar as bases da sociedade capitalista. Para tratar da questão, então, deveria ser utilizada uma metodologia militar, tanto que a guerra às drogas, extremamente influenciada pelos Estados Unidos, também era chamada de guerra santa, ou até mesmo cruzada.

Nesse colorido, o Brasil passa a adotar o modelo bélico, a partir desse diploma Legal, no tocante ao combate às drogas; este modelo está diretamente relacionado ao militarismo vigente no país à época, refletindo os seus ideais ao tratar do tema.

A escolha de 1964 como marco divisório entre o modelo sanitário e o modelo bélico de política criminal para drogas certamente não se prende à edição da Lei 4.451, de 04.11.1964, que acrescentou o verbo "plantar" ao art. 281 CP. [...] A escolha de 1964 se prende obviamente ao golpe de estado que criou condições para a implantação do modelo bélico, o que não significa que motivos do modelo sanitário – muito especialmente na consideração do “estereótipo da dependência”, magistralmente descrito por Rosa del Olmo – não continuassem a operar residualmente. (BATISTA, Nilo, 1997, p. 137 e 138).

Em razão dos padrões, medos e quadro histórico da época, os usuários, encarados no período da Guerra Fria como parte de uma estratégia da esquerda a fim de abalar as pilastras das sociedades capitalistas, acabavam sendo

presos, a menos que fosse constatada a sua inimputabilidade, quando seriam internados em hospitais psiquiátricos.

Não havia, portanto, política de tratamento para o usuário de drogas no Brasil, o tema era tratado com radicalismo, o objetivo era acabar com o uso de drogas, e para tanto a força poderia ser utilizada.

5.7 Lei nº 6.368/1976

Em 21 de outubro 1976 sobrevém a Lei nº 6.368, esse diploma legal finalmente traz a diferenciação das figuras do usuário e traficante, ambas as condutas, entretanto, são criminalizadas.

A nova Lei 6.368 de 1976 possibilitou um elevado aumento nas tipificações de tráfico de drogas. Este diploma retirou o termo combate do primeiro dispositivo legal e o substituiu por prevenção e repressão. **Distinguiu as figuras penais do tráfico e do usuário, especialmente no tocante à duração das penas.** Nesse sentido, as penas podiam variar de 3 a 15 anos de reclusão e multa para o tráfico e de detenção de 6 meses a 2 anos e multa para o uso. Nesta última espécie cabia a substituição por pena alternativa e sursis. Além disso, esta lei fixou a necessidade do laudo toxicológico, retirou o trancamento da matrícula dos usuários e a delação no que tange aos agentes da área da educação. Verificou-se, ainda, o chamado fenômeno da multiplicação dos verbos, sinalizado por Zaffaroni, o qual deu-se através dos crescimento dos tipos penais incriminadores, ao longo dos anos. (PEDRINHA, Roberta Duboc, 2015, p. 8 e 9, grifou-se).

O art. 16 trata do usuário, dispondo as penas que incorrerá:

Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:
Pena - Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa. (BRASIL, 1976).

A figura do usuário de drogas, portanto, seria tratada com a pena de reclusão de seis meses a dois anos.

Em 1982, nos Estados Unidos, surgiu a Teoria das Janelas Quebradas (Broken Windows Theory), um momento para o entendimento de tal teoria se faz necessário, vez que o Brasil, espelhado nos norte-americanos, adotou comportamento semelhante no que diz respeito ao tratamento dos usuários de crack.

A Teoria das Janelas Quebradas, ou o fundamento política da tolerância zero, defende a repressão de todos os delitos, independentemente de sua gravidade.

Criada na Universidade de Stanford (EUA) pelos criminologistas James Wilson e George Kelling a “Broken Windows Theory” ou em português a Teoria das Janelas Quebradas é uma espécie de modelo de combate e controle da criminalidade.

Milita esta teoria a repressão de todos os delitos sejam eles de pequeno ou grande potencial ofensivo, cobrando do estado atuação no combate a criminalidade, dando fundamento à Política Criminal de Tolerância Zero. (SILVA, Mateus Maciel César, 2015).

O crack teve a sua origem em meados dos anos 80, e chegou ao Brasil no início dos anos 90, a droga é relativamente nova.

Como já observado, com a falta de informações a respeito desta droga, seu consumo, devido também à aparente ótima relação custo-benefício, foi grande, em sendo uma droga extremamente viciante, iniciou-se aí um surto de dependentes de crack.

O tratamento dispensado ao usuário de crack foi, em acordo com o entendimento e a legislação da época, a prisão.

Este indivíduo seria preso, em acordo com o art. 16 do referido diploma legal, bem como marginalizado pela sociedade, neste contexto social acabaram se formando verdadeiras colônias de toxicômanos, em sua maioria dependente de crack, nas ruas; um exemplo seria a cracolândia em São Paulo, região onde o crack é abertamente comercializado e consumido nas ruas, bem como lar de centenas de usuários.

Esse diploma legal ficou em vigor, em conjunto com outros a serem analisados a seguir, até a edição da Lei 11.343 de 2006.

Portanto, até 2006, o usuário de crack seria tratado com a pena de reclusão, com a onda de dependência na referida substância, os presídios brasileiros acabaram se enchendo não de criminosos, mas de dependentes de crack.

5.7.1 Legislação Promulgada Durante a Vigência da Lei nº 6.368/76 Ainda em Vigor

Vários dos diplomas legais analisados nos tópicos anteriores ainda se encontram em vigor, surtindo efeitos na política nacional de tratamento de drogas.

Estão em vigor e, portanto, integram a legislação atual (Lei n. 11.343/2006), o Decreto-Lei n. 753, o Decreto-Lei n. 159, o Decreto-Lei n. 891, o Decreto-Lei n. 2.375, de 8 de julho de 1940, a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, com as modificações de 1972, e a Convenção sobre Psicotrópicos de 1971. Observe-se, porém, quanto ao Decreto-Lei n. 891, que se encontra ele quase que totalmente revogado tacitamente pela legislação posterior. (FILHO; RASSI, 2009, p.5).

A Lei 7.560 de 1986 vem criar o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB) e a Medida Provisória n. 2.216-37 de 2001 alterou o nome deste órgão para Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD).

5.8 Constituição Federal de 1988

Em 1988 sobreveio a nossa Carta Magna, prevendo direitos fundamentais tais quais: a dignidade da pessoa humana, já em seu artigo 1º e reiterado no renomado artigo 5º, a saúde, em seu artigo 6º, dentre tantos outros.

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: [...]

III - a dignidade da pessoa humana; [...]

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

[...]XLI - a lei punirá qualquer discriminação atentatória dos direitos e liberdades fundamentais; [...]

XLIII - a lei considerará crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia a prática da tortura, o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, o terrorismo e os definidos como crimes hediondos, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem;

[...]LI - nenhum brasileiro será extraditado, salvo o naturalizado, em caso de crime comum, praticado antes da naturalização, ou de comprovado envolvimento em tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, na forma da lei; [...]

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Redação dada Pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)

[...]§ 3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

[...]VII - programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e drogas afins. (BRASIL, 1988).

Conforme observaremos a seguir, a Constituição de 1988 não regulamentou a situação do usuário, prevendo, entretanto, duras penas ao traficante, como, por exemplo, o crime de tráfico será inafiançável, bem como constituirá hipótese de extradição do brasileiro naturalizado.

Com a falta de previsão constitucional, o tratamento dispensado ao usuário de crack seguiu sendo a prisão nos termos do artigo 16 da Lei nº 6.368/1976.

A Constituição trouxe valores e garantias fundamentais ao ser humano, tais quais: a dignidade da pessoa humana, direito à saúde, dentre outros inúmeros direitos salpicados em seus artigos.

Seria possível, então, a afirmação de que tal tratamento seria inconstitucional, desrespeitando claramente o disposto no art. 6º da Carta Magna, que prevê o direito à saúde, bem como a assistência aos desamparados, bem como viola o inciso III do artigo 1º, que prevê a dignidade da pessoa humana; vez que a prisão seria uma medida desumana para uma doença, em acordo com a própria Carta Magna o doente tem direito à saúde, deveria, portanto, receber tratamento apropriado à sua condição.

5.9 Lei nº 10.409/2002

Este diploma legal surge para substituir a Lei n. 6.368/1976, entretanto, por ter partes revogadas, bem como falhas, não revogou o referido diploma legal por completo, sendo que até o advento da Lei n. 11.343 de 2006, as leis 10.409/02 e 6.368/76 foram aplicadas em conjunto para tratar do tema.

Entretanto, evitada por completa atecnia legislativa, o Poder Executivo vetou o Capítulo III da respectiva lei, que tratava especificamente dos "Crimes e das Penas", e o artigo 59, que dispunha sobre a revogação da Lei anterior. Não obstante os defeitos também apresentados, a parte processual da Lei 10.409/02 passou a ser aplicada. Isso fez com que as Leis 6.368/76 e 10.409/02 vigessem até o advento da Lei nº. 11.343, de agosto de 2006, que solucionou tamanha confusão legislativa. (AVELINO, Vitor Pereira, 2009).

A Lei nº 10.409 de 2002 abranda a política de tratamento ao usuário de drogas, entretanto, por não revogar a Lei nº 6.368, na prática, não muda muita coisa, para não dizer nada.

Apesar de prever medidas de tratamento do toxicômano, por força do art. 16 da Lei nº 6.368, este acabaria preso.

Art.2.º É dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Art.11.O dependente ou o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, fica sujeito às medidas previstas neste Capítulo e Seção.

Art.12.(VETADO)

§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família.

§ 2º Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde.

§ 3º As empresas privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do dependente ou usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, ou que causem dependência física ou psíquica, encaminhados por órgão oficial, poderão receber benefícios a serem criados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 4º Os estabelecimentos hospitalares ou psiquiátricos, públicos ou particulares, que receberem dependentes ou usuários para tratamento, encaminharão ao Conselho Nacional Antidrogas ¼ Conad, até o dia 10 (dez) de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos no mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, vedada a menção do nome do paciente.

§ 5º No caso de internação ou de tratamento ambulatorial por ordem judicial, será feita comunicação mensal do estado de saúde e recuperação do paciente ao juízo competente, se esse o determinar.

Art.13.As instituições hospitalares e ambulatoriais comunicarão à Secretaria Nacional Antidrogas – Senad os óbitos decorrentes do uso de produto, substância ou droga ilícita. (BRASIL, 2002).

Podemos dizer, então, que a lei 10.409 de 2002 foi uma tentativa do Estado, de mudar o tratamento do usuário de drogas, tal tentativa restou, porém, infrutífera, pois, como visto, falhas na legislação acabaram por ensejar a aplicação do diploma legal anteriormente vigente, e este tratava do indivíduo dependente de drogas com a prisão.

5.10 Lei nº 11.343/2006

A Lei nº 11.434 de 2006 comporta em grande avanço no tratamento do dependente químico.

Este diploma legal revoga os anteriores, acabando com a pena de reclusão para o usuário de drogas, bem como prevê medidas de tratamento e prevenção deste.

Há ainda problemas e falhas, conforme será estudado na legislação, porém importa salientar o grande passo que o Brasil deu um grande passo à frente no quesito de tratamento do toxicômano, criando o Sisnad e prevendo medidas de prevenção, tratamento e reinserção do usuário de drogas na sociedade.

Os artigos 18 e seguintes preveem medidas de prevenção a serem tomadas, dentre elas a informação sobre drogas, o investimento em atividades culturais, esportivas, projetos pedagógicos, dentre outros.

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;

II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;

X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas;

XII - a observância das orientações e normas emanadas do Conad;

XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Conanda. (BRASIL, 2006).

Medidas preventivas são extremamente importantes no assunto, para não dizer as mais importantes no quadro de políticas públicas em se tratando da toxicomania vez que são o instrumento hábil a evitar o vício, as medidas preventivas são aquelas utilizadas a fim de evitar que o problema se instale, e o artigo 18 prevê inúmeras delas, essas medidas preventivas seguem uma linha mais moderna da maneira de enfrentamento à questão das drogas, se postas em prática serão extremamente relevantes, ajudando a efetivamente prevenir o uso de drogas.

As medidas preventivas previstas nos artigos 18 e 19 da lei 11.343/06 podem ser divididas entre educacionais (aquelas que visam informar a população, conscientizando-a dos malefícios da toxicomania) e sociais (aquelas que primam por acabar com as condições sociais que possam favorecer o vício em drogas).

O problema é que, apesar de haver a previsão de medidas preventivas, a lei não traz meios para a sua implantação, ficando, portanto, tais medidas fadadas a ineficácia, a não se concretizarem no plano da realidade.

O artigo relaciona medidas que, se implementadas, podem trazer benefícios, uma vez que, se implementadas, podem trazer benefícios, uma vez que se encontram na linha mais moderna de políticas públicas de prevenção. Pecam, todavia, por serem apenas hipotéticas, como costuma acontecer no País, não vêm acompanhadas dos meios para serem implementadas. Falta, na lei, e em outras como, por exemplo, a do crime organizado, a cláusula financeira, isto é, a alocação de recursos para custear as medidas. (FILHO; RASSI, 2009, p.38).

Ainda no tópico das medidas preventivas, as chamadas medidas preventivas sociais, aquelas que visam evitar condições sociais que favoreçam a toxicomania, possuem grandes dificuldades em serem executadas.

As medidas preventivas sociais, que seriam as mais eficientes, são, todavia, as que apresentam as maiores dificuldades. A precariedade de condições sociais é fator que facilita a implantação de toxicomanias, tanto quanto os conflitos psicológicos ou a restrição dos horizontes profissionais. Reconhecendo a existência de diversas realidades sociais, estabeleceu a lei a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das comunidades, bem como das diferentes drogas utilizadas. É certo que a ampliação dos horizontes profissionais, a motivação, a orientação e a educação trarão o encaminhamento para a superação do conflito sem o recurso das drogas, mas infelizmente sempre há de permanecer a problemática residual, que pode possibilitar a

implantação de toxicomanias; daí a necessidade de, paralelamente, eliminar-se a oferta de drogas. (FILHO; RASSI, 2009, p. 39 e 40).

As medidas preventivas sociais seriam um meio de o Estado amparar as comunidades, lhes fornecendo recursos que carecem, tais quais a educação, a cultura e a motivação, dentre outros; portanto um meio extremamente efetivo de amparar essa população, não abrindo espaço para as drogas, junto de outras medidas preventivas, bem como a reinserção do toxicômano na sociedade, consistiriam em um sistema extremamente efetivo.

Entretanto, pela lacuna normativa na lei 11.343 tais medidas não se fazem presentes na prática, vez que falta, na lei, a previsão de formas de execução dessas medidas.

Além das medidas preventivas, a lei 11.343 de 2006 também traz estratégias para reinserir o dependente químico na sociedade, ajudando-o a superar a dependência:

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;

VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas. (BRASIL, 2006).

Essas medidas são chamadas por Vicente Greco Filho e João Daniel Rassi, 2009, p. 40, de medidas terapêuticas, consistentes em medidas particularizadas, recomendadas pela medicina, a cada viciado, bem como medidas gerais que visem tratar dos toxicômanos.

Instalada a narcomania, impõem-se as medidas terapêuticas particularizadas a determinado viciado, bem como medidas terapêuticas gerais que visem facilitar a reabilitação dos viciados em geral, muitas vezes ainda desconhecidos. As medidas terapêuticas particularizadas são as recomendadas pela medicina especializada, salientando-se novamente que na cura da toxicomania não basta a superação da dependência física ou crise de abstinência, mas deve ser superado o conflito primário, de base psicopatológica e que determinaria a reincidência, assim que terminada a primeira desintoxicação, se não for eliminado. Este escopo será obtido pelo adequado tratamento psicanalítico. (FILHO; RASSI, 2009, p.40).

O tratamento referido pelos nobres doutrinadores é o que será analisado no capítulo seguinte, consistente em um conjunto de medidas a serem tomadas, conforme o caso de cada paciente, acompanhado idealmente por uma equipe multidisciplinar, atendendo-o em suas necessidades.

A previsão de medidas extremamente efetivas resta, entretanto, apenas cristalizada na letra da lei, sem surtir efeitos na realidade devido às lacunas legislativas, que não preveem formas de efetivar as medidas legais.

Por fim trataremos das medidas repressivas previstas na Lei 11.343 ao usuário de drogas, estas previstas no artigo 28 da referida Lei:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz 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.

§ 3º As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I - admoestação verbal;

II - multa.

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado. (BRASIL, 2006).

Surgiu então uma discussão a respeito da conduta do usuário de drogas, se teria havido a descriminalização do uso ou não.

Pois bem, o uso de drogas na atual lei de drogas é tratado no artigo 28 e seus incisos, onde há a tipificação de uma conduta, e as respectivas penas em que incorrem os indivíduos que praticam as condutas previstas; ainda, o referido artigo se encontra inserido no capítulo intitulado “Dos Crimes e Das Penas”.

O fenômeno que aconteceu em relação à lei 6.368 de 1976 foi mero abrandamento da pena, e não a descriminalização ou despenalização: a lei 11.343 continua a considerar o uso de drogas como prática criminosa, apenas aboliu a pena de prisão ao usuário, prevendo outras penas.

A lei **NÃO DESCRIMINALIZOU NEM DESPENALIZOU** a conduta de trazer consigo ou adquirir para uso pessoal nem a transformou em contravenção. Houve alterações, abrandamento, como adiante se comentará, mas a conduta continua incriminada. A denominação do capítulo é expressa. As penas são próprias e específicas, mas são penas criminais. (FILHO; RASSI, 2009, p. 44).

Os que defendem ter havido a descriminalização ou a despenalização alegam que o conceito de crime, presente na Lei de Introdução ao Código Penal, se limita a dizer que crimes são infrações às quais a lei prevê pena de reclusão ou detenção. O artigo 28 da Lei 11.343/06 não estaria, portanto, tratando de um crime, vez que não prevê a pena de prisão para o tipo legal. Se trataria, portanto, de mera contravenção penal.

Ainda sustentam que como não se trata mais de crime o uso de drogas, teria havido o fenômeno denominado *abolitio criminis*.

Tal entendimento não merece prosperar, pois mesmo a Lei de Introdução ao Código Penal prevendo critérios gerais para diferenciar contravenções de crimes, nada impede que Lei específica adote critérios diferentes; é o que ocorreu no caso do artigo 28 da lei 11.343.

O STF entende neste sentido, conforme sedimenta no julgamento do Recurso Extraordinário 430105/RJ:

I. Posse de droga para consumo pessoal: (art. 28 da L. 11.343/06 - nova lei de drogas): natureza jurídica de crime. 1. O art. 1º da LICP - que se limita a estabelecer um critério que permite distinguir quando se está diante de um crime ou de uma contravenção - não obsta a que lei ordinária superveniente adote outros critérios gerais de distinção, ou estabeleça para determinado crime - como o fez o art. 28 da L. 11.343/06 - pena diversa da privação ou restrição da liberdade, a qual constitui somente uma das opções

constitucionais passíveis de adoção pela lei incriminadora (CF/88, art. 5º, XLVI e XLVII). 2. Não se pode, na interpretação da L. 11.343/06, partir de um pressuposto despreço do legislador pelo "rigor técnico", que o teria levado inadvertidamente a incluir as infrações relativas ao usuário de drogas em um capítulo denominado "Dos Crimes e das Penas", só a ele referentes. (L. 11.343/06, Título III, Capítulo III, arts. 27/30). 3. Ao uso da expressão "reincidência", também não se pode emprestar um sentido "popular", especialmente porque, em linha de princípio, somente disposição expressa em contrário na L. 11.343/06 afastaria a regra geral do C. Penal (C.Penal, art. 12). 4. Soma-se a tudo a previsão, como regra geral, ao processo de infrações atribuídas ao usuário de drogas, do rito estabelecido para os crimes de menor potencial ofensivo, possibilitando até mesmo a proposta de aplicação imediata da pena de que trata o art. 76 da L. 9.099/95 (art. 48, §§ 1º e 5º), bem como a disciplina da prescrição segundo as regras do art. 107 e seguintes do C. Penal (L. 11.343, art. 30). 6. Ocorrência, pois, de "despenalização", entendida como exclusão, para o tipo, das penas privativas de liberdade. 7. Questão de ordem resolvida no sentido de que a L. 11.343/06 não implicou abolitio criminis (C.Penal, art. 107). II. Prescrição: consumação, à vista do art. 30 da L. 11.343/06, pelo decurso de mais de 2 anos dos fatos, sem qualquer causa interruptiva. III. Recurso extraordinário julgado prejudicado. (STF - RE: 430105 RJ , Relator: Min. SEPÚLVEDA PERTENCE, Data de Julgamento: 13/02/2007, Primeira Turma, Data de Publicação: DJe-004 DIVULG 26-04-2007 PUBLIC 27-04-2007 DJ 27-04-2007 PP-00069 EMENT VOL-02273-04 PP-00729 RB v. 19, n. 523, 2007, p. 17-21 RT v. 96, n. 863, 2007, p. 516-523).

Apesar de muito evoluir, como podemos observar no artigo 28 da lei 11.343 supracitado, o uso de drogas ainda é criminalizado. Em verdade apesar de não haver penas para o usuário em si, este quando pego em posse de drogas será apenado, não mais com a reclusão, mas ainda o tema é tratado como se um crime fosse, sujeito a penas mais brandas, a advertência, prestação de serviços à comunidade e medidas socioeducativas.

Ainda importa dizer que a distinção entre usuário e traficante ainda se trata de um campo cinzento, e não raro usuários acabam condenados como se traficantes fossem.

A mencionada Lei 11.343 de 2006 adota uma política criminal diversa para o usuário. Estabelece um tratamento de reinserção social, associado à família, enquadrado em um planejamento terapêutico individualizado, multidisciplinar, para interagir com os serviços de saúde. Não há mais previsão de pena privativa de liberdade para os usuários. Apenas uma sanção de prestação de serviços à comunidade, pelo prazo máximo de 5 meses, incluindo advertência e medida educativa (admoestação verbal e multa, em que esta última variará de 40 a 100 dias multa). **Vale frisar que o critério utilizado para determinar se o dolo é de uso ou é de tráfico permite todo o tipo de arbitrariedades.** Pois está propenso à construção do estereótipo criminal, na medida em que o juiz atentarão além da quantidade da droga, para as circunstâncias sociais e pessoais, bem como, para a conduta e os antecedentes criminais. Desse modo, certos indivíduos estarão mais propensos a serem pinçados pelo tipo penal do tráfico, em função de sua condição social, inserida em substratos mais baixos da população, aptos, portanto, à captura seletiva da polícia e dos magistrados²⁴. Para a tipificação em tráfico de drogas incidirá um rigor

excessivo punitivo, com aplicação de pena privativa de liberdade de 5 a 15 anos, além de multa, de 500 a 1.500 salários mínimos, para os 18 núcleos do tipo. (PEDRINHA, Roberta Duboc, 2015, p. 13, grifou-se).

Dada a dificuldade, na prática, se é caso de aplicação do artigo 28 ou do 33 ou 34 da Lei de drogas, inúmeros usuários acabam atrás das grades por força do artigo 33. Há dificuldades para identificar se o fim seria para consumo pessoal, na vigência da legislação anterior, o critério de distinção seria a quantidade de droga que o indivíduo portava, hoje recomenda-se que o juiz faça uma análise criteriosa de todas as circunstâncias do crime, não só da quantidade de droga.

A lei 11.343, chamada também de Lei de Drogas, adota, portanto, duas abordagens ao tema: uma preventiva e outra repressiva.

De um lado busca prevenir o uso de drogas, bem como reinserir os usuários na sociedade; de outro busca extirpar o tráfico de drogas, e pune tanto o traficante quanto o usuário, de novo, as penas do usuário são sim mais brandas, porém não deixam de ser penas.

É possível observar que o direito brasileiro, assim como o plano internacional, vem abrandando as políticas públicas em relação ao usuário de drogas, vemos grande evolução trazida pela nova lei de drogas ao prever medidas preventivas e terapêuticas extremamente relevantes, que se fossem regulamentadas de maneira correta fariam enorme diferença no tratamento desses indivíduos.

Apesar de tais avanços, há pontos ainda problemáticos: as medidas preventivas e terapêuticas, que seriam tão úteis ao lidar com toxicômanos bem como a prevenir a toxicomania, restam sem encontrar reflexos na realidade por conta de lacunas legislativas.

Ainda, o usuário de drogas ainda é marginalizado, o art. 28 da Lei 11.343/06 ainda criminaliza o porte de drogas, isso para não mencionar as dificuldades encontradas quando da diferenciação das condutas dos artigos 28, 33 e 34 do referido diploma legal.

Essa dificuldade em diferenciar estes artigos acaba levando, não raro, usuários de droga, que deveriam estar sob tratamento, às prisões, como se traficantes fossem.

6 DIRETRIZES NO TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK

6.1 Considerações Iniciais

O dicionário Houaiss define crack como:

Droga de alta concentração e toxicidade, mistura de cocaína, bicarbonato de sódio etc., ger. apresentada em forma de cristais para ser fumada numa espécie de cachimbo (Narcótico de uso ilegal). (HOUAISS, 2012).

O crack ou pedra é, na verdade, a pasta base da cocaína misturada ao bicarbonato de sódio, consumida pela via “fumada” (inalação dos vapores que resultam do aquecimento da pedra), pode-se dizer, então, uma nova forma de consumo de uma droga já há muito conhecida pela humanidade.

A cocaína é substância extraída da planta *Erythroxylon coca*, natural da América do central e América do sul, seu principal efeito no organismo é de estimulante do sistema nervoso central, as drogas estimulantes aumentam a atividade cerebral, causando no usuário euforia, sensação de aumento das capacidades físicas, intelectuais e de energia, é, portanto, uma droga psicoativa.

Drogas psicoativas são, segundo a OMS, aquelas que, quando introduzidas no organismo de alguém, afetam a atividade cerebral, por exemplo, a capacidade de cognição do indivíduo. Esse termo, e seu equivalente, droga psicotrópica, são os mais neutros para determinada classe de substâncias, lícitas ou ilícitas. ‘Psicoativa’ não implica necessariamente em uma substância que irá causar dependência.

Em razão da forma como é consumido (o crack é fumado em cachimbos, não raro artesanais), os efeitos do crack são mais fortes do que os da

cocaína (a substância atinge o cérebro mais rápido) e passam com maior velocidade, levando o usuário a fumar com maior frequência.

À respeito do tema, esclarece Irene Batista Muakad:

O crack e a merla são cocaína, assim sendo, todos os efeitos provocados pelo uso intranasal e endovenoso ocorrem também com essas duas formas de uso, todavia, sendo fumadas, são mais potentes, agem num prazo muito curto criando uma forte dependência psicológica. Acredita-se que nas primeiras pipadas o usuário já fica viciado.

Quando o crack e a merla são fumados e atingem os pulmões, são imediatamente absorvidos, uma vez que esse órgão é muito vascularizado e representa uma grande superfície. Através do pulmão, passa para a circulação chegando ao cérebro. Desta forma, o crack e a merla encurtam o caminho para que seus efeitos sejam atingidos. Todavia não passando pelo fígado, aumenta a sua toxicidade, porque o fígado é órgão processador, um verdadeiro filtro. O crack é uma droga poderosa, em 10 a 15 segundos são sentidos os primeiros efeitos, enquanto no uso intranasal são exigidos de 10 a 15 minutos, e, na forma endovenosa, de 3 a 5 minutos. (MUKAD, Irene Batista, 2012, p. 16).

Versão mais acessível da cocaína o crack surgiu em meados dos anos 80 nos Estados Unidos justamente como alternativa mais barata à cocaína, o nome “crack” vem do barulho que a pedra faz quando aquecida.

Se tornou extremamente popular, atingindo, recentemente, o status de epidemia de acordo com Patrícia Melotto (2009, p. 11):

Recentemente o consumo de crack passou a ser tratado em discursos midiáticos com o título de epidemia, representando a ideia de sua extensão como problemática para diferentes esferas do contexto social.

Fatores tais quais o baixo custo (relativo, pois apesar de mais barato, o usuário acaba consumindo uma maior quantidade em menor tempo quando comparado à outras drogas, tais quais a cocaína, heroína, LSD), o fácil acesso, e, inicialmente a falta de informação (ao surgir no Brasil, não foi dada grande importância ao CRACK, jovens e usuários de outras drogas o encararam, então, como inofensivo, como uma espécie de maconha) acabaram por levar milhares de brasileiros ao vício e às ruas.

O número de dependentes de Crack aumentou de forma preocupante, formando-se, hoje, verdadeiras colônias de consumo da droga nas ruas, o exemplo mais famoso é a denominada “cracolândia”, localizada nas ruas da região central da maior cidade do país, São Paulo, a cracolândia é um local onde o consumo de crack é de saber notório, bem como onde vários toxicômanos encontram seu lar.

6.2 Acerca da Dependência em Substâncias Químicas

Em acordo com o Dicionário Michaelis, Dependência é definida como:

*sf (lat **dependentia**)* 1 Estado de dependente. 2 Conexão, correlação. 3 Anexo ou pertença de outro. 4 Domínio, posse, colônia. 5 Subordinação, sujeição. 6 Edificação anexa a outra principal. 7 **por ext** Cada uma das divisões de uma casa; compartimento. [...]. (MICHAELIS, 2009).

Poderíamos dizer, então, que a dependência em substância química seria o estado de subordinação do indivíduo em relação às drogas, o dependente químico é aquele que não possui mais o livre-arbítrio no tocante de consumir a droga.

Já a dependência química, segundo o Dr. Ballone é:

A **Dependência Química** é um conjunto de fenômenos que envolvem o comportamento, a cognição e a fisiologia corporal conseqüente ao consumo repetido de uma substância psicoativa, associado ao forte desejo de usar esta substância, juntamente com dificuldade em controlar sua utilização persistente apesar das suas conseqüências danosas. Na dependência geralmente há prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações sócio-ocupacionais. A Dependência Química é um dos transtornos mentais mais comuns, acometendo as mais diversas faixas etárias, porém, mais comumente iniciado na adolescência e juventude. Consumir drogas é uma prática milenar e universal e não há sociedade que não conheça algum tipo de droga com as mais diversas finalidades. (BALLONE, GJ, 2010).

O toxicômano precisa consumir a droga para acalmar os instintos de seu organismo, como analisaremos abaixo, estando subordinado, dependente da droga para conseguir viver.

6.2.1 Dos Efeitos do Crack

Em um primeiro momento é de suma importância entender os efeitos do crack para uma melhor compreensão de como se dá a dependência em tal droga, prosseguiremos, portanto, à análise dos efeitos dessa droga no organismo do ser humano.

O crack age no sistema de recompensas do cérebro, quando o usuário consome a droga há uma descarga de dopamina no cérebro, a dopamina é a substância responsável pelas sensações de prazer, euforia.

O prof. Gilman explicam os efeitos imediatos do uso da cocaína como:

Imediatamente após a inalação ou administração intravenosa da cocaína, o usuário pode apresentar uma sensação intensa (designada geralmente como *rush* ou *flash*) que dura apenas alguns minutos e é geralmente descrita como extremamente agradável. O uso intranasal do cloridrato de cocaína ou o uso oral de anfetaminas produz euforia (um “barato”), mas não a sensação de um *rush*. (GILMAN, Alfred Goodman, 1990, p. 355).

Complementando tal explicação cabe trazer à baila os ensinamentos do Dr. Marcos da Costa Leite sobre os efeitos agudos da cocaína:

O efeito imediato esperado pelo consumidor é a **euforia** produzida pela cocaína. Conjuntamente com a estimulação produzida, dá a falsa sensação ao indivíduo de aumento de suas capacidades físicas, intelectuais e energia. Diminui o apetite e a necessidade de sono, o indivíduo fica mais ansioso e às vezes passa a suspeitar que está sendo observado ou perseguido. Usuários contam que a sensação do tato torna-se mais intensa, bem como a disposição para manter relações sexuais. A cocaína pode promover até a ejaculação espontânea, dependendo da dose e da via utilizada. Este efeito repetido, porém, tem como consequência, em muitos usuários, a perda da capacidade de obter prazer sexual convencional, que se mantém por meses após a interrupção do uso da droga.

A euforia se transforma rapidamente em depressão e irritabilidade, aumentando a necessidade de voltar a acender o cachimbo ou “esticar” mais uma fileira. O sujeito passa a ter uma autoconfiança irreal, podendo ainda apresentar alucinações (auditivas e visuais) e delírios de perseguição indistinguíveis da patologia psiquiátrica (p. ex. Esquizofrenia). Sintomas físicos do consumo são observados: aumento da pressão arterial, aumento da frequência dos batimentos cardíacos, constrição dos vasos sanguíneos (desaparecimento das veias), aumento da temperatura corpórea, liberação de açúcar no sangue e aumento da força da contração do músculo cardíaco. (LEITE, Marcos da Costa, 2001, p. 08).

Há, ainda, as consequências do uso crônico da referida droga:

Toxicidade. A cocaína pode produzir uma toxicidade grave, por vezes inesperadamente, mesmo em condições de cuidadoso uso clínico. A recente epidemia de uso abusivo de cocaína reenfatiçou seu potencial tóxico. Além de doenças psiquiátricas, os mais comuns efeitos tóxicos de maior gravidade induzidos pela cocaína incluem arritmias cardíacas, isquemia ou infarto do miocárdio, miocardite dilatada, espasmo vascular cerebral com isquemia neural transitória ou infarto do cérebro ou da medula espinhal, hemorragia intracerebral, dissecação aórtica, rabiomólise com insuficiência renal e hepática aguda, coagulação intravascular disseminada, convulsões, hipertermia e depressão respiratória. Embora os indivíduos com coronariopatia preexistente ou história de convulsões representem maior risco de toxicidade cardíaca e do SNC, a cocaína introduziu eventos cardiovasculares e do SNC fatais em indivíduos jovens com artérias coronárias e cerebrais normais e nenhuma história de crises convulsivas. Embora sejam mais comuns após altas doses de cocaína serem tomadas por via intravenosa ou por inalação, as complicações também podem ser observadas após doses modestas ou uso intranasal. (1990, p. 356).

Psicotoxicidade. Os usuários de cocaína podem relatar uma ansiedade maior algumas horas após iniciar seu uso, ao mesmo tempo em que os aspectos da euforia estão diminuindo. Da mesma forma, desconfiança e paranoia podem desenvolver-se dentro de algumas horas do início de altas doses de cocaína (Sherer *et al.*, 1998), podendo desenvolver-se uma ideação paranoide franca juntamente com alucinações visuais, no decorrer

de um surto de uso de 24 horas. Entre os grandes usuários ocorrem frequentemente alterações perceptivas e pseudo-alucinações. As mais comuns são táteis (“bichinhos da cocaína” na pele) e visuais (“luzes de neve”). (GILMAN, Alfred Goodman, 1990, p. 357).

É evidente o poder degenerativo de tal substância, seus efeitos, tanto no psicológico do indivíduo, quanto em seu físico, causando graves problemas de saúde.

Ante a tela acima colorida é fácil observar, ante o poder desta substância, o motivo de tantos dependentes: a droga causa grande euforia nos primeiros momentos, o usuário sente-se capaz de tudo, para depois experimentarem o exato oposto.

Como o Crack atua diretamente no cérebro podendo resultar em graves doenças, em casos extremos o indivíduo perde o controle de si, sucumbindo à droga, fica sem se alimentar, passa a morar nas ruas, pois a família normalmente não o aceita, e a viver em situação degradante, situação que podemos acompanhar ao sair de casa, ao ligar a televisão, o rádio, ou ao ler os jornais.

6.2.2 Da Dependência em Crack

A professora da Universidade Federal Fluminense, Linda Nice Gama, explica o mecanismo de ação da droga:

A dopamina é o neurotransmissor que se relaciona à dependência, visto que é este responsável pela sensação de prazer associada ao consumo da droga, bem como a outros comportamentos naturalmente gratificantes como comer, fazer sexo e saciar a sede. Além disso, está relacionada ao comportamento motor fino (atividades que demandam maior precisão e coordenação motora, como escrever) cognição/percepção e controle hormonal.

A noradrenalina e a serotonina se relacionam a algumas funções comuns: controle de humor, motivação e cognição/percepção. A noradrenalina se relaciona a mais duas funções, o comportamento motor fino e a manutenção da pressão arterial.

A inibição da recaptação de dopamina é responsável por causar os efeitos desejáveis pelo usuário, porém relaciona-se ainda com os efeitos indesejáveis tais como: a paranoia, alucinação ou disforia. E através da inibição da recaptação de noradrenalina obtém-se como respostas a vasoconstrição, midríase, hipertensão, taquipnéia, taquicardia, diaforese e tremores. (GAMA, Linda Nice, 2013, p. 08).

A droga, então, afeta diretamente o sistema nervoso central, o vício em crack é psicológico, a respeito da dependência psicológica, Robert M. Dawis e David C. Lewis (s.d., p. 4) explicam:

A **dependência psicológica** é um fenômeno mais complexo que pode ocorrer mesmo com drogas que não causam tolerância e dependência física. A dependência psicológica ocorre sempre que uma droga afeta o **sistema de recompensa** encefálico. As sensações agradáveis produzidas causam o desejo de continuar usando a droga. Quando o uso da droga é interrompido, as adaptações ocorridas no sistema de recompensa encefálico manifestam-se como disforia e “fissura” pela droga. Assim, tanto a dependência física quanto a dependência psicológica são causadas por alterações nos processos de homeostase, mas esses processos ocorrem em regiões diferentes do encéfalo. Embora os mecanismos de dependência física sejam relativamente bem caracterizados, as causas de dependência psicológica ainda são controversas, apesar dos muitos trabalhos na área.

O National Institute on Drugs Abuse (Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas – NIDA) (2007, p. 22) explica porque o sistema de recompensa estimula o indivíduo a continuar buscando as drogas:

O nosso cérebro é equipado para assegurar que iremos repetir as atividades que nos sustentam associando essas atividades ao sistema de recompensa ou prazer. Sempre que esse circuito for ativado o cérebro entende que algo importante está acontecendo, e que deverá ser lembrado, nos estimulando a repetir tal comportamento sem pensar a respeito. Como o abuso de drogas atinge o mesmo sistema de recompensa, aprendemos a usar drogas da mesma forma.

Logo, o vício no crack se dá inconscientemente, quando o cérebro, ao receber tamanha descarga de dopamina (substância que traz as sensações agradáveis que sentimos), entende que deverá repetir tal comportamento para continuar recebendo tal descarga, e que tal sensação está ligada à sobrevivência. O indivíduo não tem controle algum sobre esse processo, vez que não há uma pausa para pensar se a descarga de dopamina é ou não essencial para a vida, o cérebro o faz automaticamente.

Conclui-se que o vício em crack é, portanto, algo fora do controle do indivíduo, é uma doença psicológica de extrema gravidade, que pode levar o indivíduo à morte se não tratada corretamente.

O contexto dos viciados em crack hoje, no Brasil, é assunto de aguda importância como podemos perceber, trata-se de uma doença extremamente degenerativa, que leva o indivíduo à perda de suas faculdades e seu livre arbítrio.

Assome-se a grande quantidade de toxicômanos dependentes de Crack no Brasil e temos uma epidemia, o vício em crack é com toda a certeza, apesar de ainda não ser tratado como tal, uma questão de saúde pública atualmente.

Há milhares de pessoas vivendo às ruas por conta desta doença, sem receber, na grande maioria dos casos, o tratamento para esta doença.

7 O COMBATE AO CRACK NO BRASIL

7.1 Medidas Legislativas

Como visto, o crack é uma droga derivada da cocaína extremamente atrativa, com aparente ótima relação custo-benefício, bem como efeitos sentidos com mais rapidez e força do que a cocaína em pó.

O Brasil enfrenta uma epidemia de toxicomania em crack, com números assustadores (cerca de 600.000 (seiscentos mil) em acordo com dados da revista Veja, 2010), diante de tal quadro passaremos a estudar as medidas tomadas pelo Estado no tratamento da questão.

A legislação vigente no Brasil, acerca do combate às drogas, como visto em capítulo anterior, é a Lei 11.343/06.

A Lei 11.343/06 traz em seu conteúdo medidas preventivas, terapêuticas e repressivas às drogas, o combate ao crack se dá conforme as medidas previstas.

Como as medidas preventivas e as medidas terapêuticas seguem com lacunas, sem surtir efeitos práticos, apenas as medidas repressivas são realmente utilizadas quando do combate ao crack.

7.1.1 A Criação do SISNAD

O SISNAD, Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, foi criado pela lei 11.343/06, já em seu artigo primeiro:

Art. 1^º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - 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.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim

especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. (BRASIL, 2006).

A regulamentação do Sisnad sobreveio em setembro de 2006, com o Decreto nº 5.912, este decreto traz as finalidades, modo de organização, competência, traz também disposições sobre o Conselho Nacional Antidrogas (o Conad), bem como sobre a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad).

Em acordo com o texto legal, o Sisnad tem por escopo a articulação, a integração, a organização, bem como a coordenação de atividades relacionadas à prevenção do uso de drogas e à repressão ao tráfico:

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. (Lei n.11.343/06).

Art. 2º Integram o Sisnad:

I – o Conselho Nacional Antidrogas (Conad), órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Ministério da Justiça;

II – a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), na qualidade de secretaria executiva do colegiado; (BRASIL, 2006).

O texto do artigo primeiro do decreto n. 5.912 reproduz o conteúdo do art. 3º da Lei 11.343/06.

O legislador se preocupou em atribuir ao Sisnad uma competência extremamente abrangente, seja ao dizer sobre a articulação, permitindo ao Sisnad contatar profissionais de diversas áreas formando uma equipe multidisciplinar; seja ao prever a própria integração, e até mesmo no tocante à organização, ponto este que confere ao Sisnad o status de gestor, destacando a sua importância dentro do tema.

Percebe-se uma preocupação do texto legal para que todos os meandros sociais que cercam as drogas estejam abrangidos pela Lei, o Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, atenção, reinserção social e repressão.

Quanto às funções do órgão, a articulação implica o estabelecimento de contatos com os mais diversos níveis de pessoas jurídicas, tanto públicas quanto privadas, e físicas que exerçam atividades voltadas as finalidades afetadas às questões das drogas, efetivando as combinações possíveis na consecução de metas comuns.

A integração impõe ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas o objetivo de formar junto aos órgãos que se responsabilizam com a repressão e com a prevenção um todo coerente para que as energias empreendidas possam atingir um melhor resultado.

No que diz respeito à organização, entende-se como a transformação do Sisnad em um gestor maior das questões da droga, este coloca-se em posição de comando, exercendo sua influência política de modo a promover

a dinamicidade e multiplicação das atividades de repressão e prevenção. (RODRIGUES, Natália Teixeira, 2015).

A criação do Sisnad reafirma a importância de ações conjuntas para tratar da questão das drogas, de uma política pública que abranja vários ramos de importância, como a medicina, o direito, a psicologia, bem como os vários profissionais que possam contribuir na resolução da questão das drogas.

Ainda, da análise dos princípios que regem o Sisnad, depreende-se a importância dada pelo legislador à prevenção e ao tratamento do usuário de drogas:

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei. (BRASIL, 2006).

A problemática encontrada, conforme será analisado no tópico seguinte, é a falta de vagas suficientes de tratamento dos usuários de crack frente ao número assombroso por eles somado.

7.1.2 Como é Feito o Tratamento do Usuário de Crack

Hoje o tratamento do Usuário de Crack pode se dar em instituições privadas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou então pelo programa “Crack, É Possível Vencer”.

A maior problemática enfrentada pelo Brasil no tocante ao tratamento do usuário de crack é a falta de vagas, ao todo o governo federal oferece, de acordo com dados da revista *Veja*, 2010, cerca de 8.800 (oito mil e oitocentas) vagas para o tratamento destes toxicômanos, número tímido frente aos 600.000 (seiscentos mil) dependentes em crack que vivem no país.

Pelo sistema “Crack, É Possível Vencer” o tratamento do viciado se dá em três fases: a desintoxicação, o diagnóstico dos fatores que levam à dependência, e por fim a manutenção.

Esse sistema é dividido em três eixos: a prevenção, o cuidado e a autoridade. A prevenção consiste em por algumas das medidas preventivas previstas pela Lei 11.343/06 em prática; o cuidado consiste no tratamento do usuário, e, por fim, a autoridade é o eixo em que busca reduzir a oferta de drogas ilícitas. O tratamento, conforme esse sistema, é feito, em um primeiro momento, através da desintoxicação, seguida do diagnóstico que buscará identificar como o indivíduo chegou àquela situação, e por fim há a manutenção, feita pelo próprio usuário.

Ana Cecília Marques, coordenadora do departamento de dependência química da Associação Brasileira de Psiquiatria, explica que o tratamento anticrack é dividido em três fases: desintoxicação, diagnóstico dos fatores que levaram o indivíduo à dependência e controle dessa mesma dependência, que pode incluir uso de medicação. "Na última fase, o usuário precisa fazer essa manutenção, porque a dependência é uma doença crônica", diz. "Ele não vai ter alta: precisa fazer retornos periódicos. Além disso, é necessário avaliar seu processo de reinserção na sociedade." (CUMINALE, Natalia, 2010).

Além deste programa, oferecido nas cidades brasileiras com mais de 200.000 (duzentos mil) habitantes, o usuário de crack poderá encontrar tratamento no sistema único de saúde (SUS), ou então em centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-AD).

Ressalte-se, entretanto, que o programa "Crack, É Possível Vencer", apesar de extremamente condizente com a Lei de Drogas, bem como uma tentativa de efetivar as tão importantes medidas preventivas e terapêuticas previstas na referida lei, só foi instalado em cidades brasileiras com mais de duzentos mil habitantes, vale aqui também a observação de que os números das vagas de tratamento ainda são tímidos frente ao número de usuários de crack no Brasil, bem como centralizados em grandes centros, enquanto o crack encontra-se extremamente difundido por todos os cantos do país.

O caminho para livrar-se da droga pode ser mais tortuoso se depender do Sistema Único de Saúde (SUS). "Infelizmente, no Brasil, não temos um tratamento público para a maior parte dos dependentes químicos", diz Ana Cecilia. **Atualmente, para atender esses doentes, o governo federal mantém 8.800 vagas em hospitais psiquiátricos, 243 centros de atenção psicossocial álcool e drogas (Caps-AD), Núcleo de Saúde da Família e 35 Consultórios de Rua. É pouco se considerada a estimativa do Ministério da Saúde de 600.000 usuários somente de crack no país.** A rede de saúde mental faz parte do SUS, que tem ações do âmbito federal, estados e municípios - é sempre este que responde pelo atendimento. (CUMINALE, Natalia, 2010, grifou-se).

Além do mencionado programa, há ONGS, entidades particulares, bem como a internação compulsória como medidas de tratamento do usuário de crack, ainda assim a maior parte dos centros de tratamento se concentram nas grandes cidades, nas capitais, ficando grande parte do país desamparada.

Vemos, portanto, que apesar de oferecer formas de tratamento aos usuários de crack, o número de vagas oferecidas é ainda muito diminuto frente aos cerca de seiscentos mil usuários de crack no país.

7.1.3 A Questão da Internação Compulsória

Apesar de extremamente controversa, há doutrinadores, juízes e inúmeros profissionais que defendem a internação compulsória como forma eficaz de tratamento do usuário de crack.

Sou a favor da internação compulsória dos usuários de crack, que perambulam pelas ruas feito zumbis. Por defender a adoção dessa medida extrema para casos graves já fui chamado de autoritário e fascista, mas não me importo. (VARELLA, Drauzio, 2013)

A internação compulsória encontra o seu fundamento na lei 10.216/2001, chamada Lei Federal de Psiquiatria, em seu artigo 6º dispõe sobre a internação, bem como suas espécies:

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001).

A internação poderá ser, então, nos ditames deste diploma legal: voluntária, quando o paciente aceitar; involuntária, aquela sem o aceite do paciente, mas com pedido de um terceiro, um familiar por exemplo; e a compulsória, quando for determinada por decisão judicial. Em todos os casos só se dará a internação mediante laudo médico que verifique a sua necessidade.

Para os usuários de crack, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro vem aplicando a medida da internação compulsória antes mesmo da superveniência desta lei, alegando a proteção da integridade física e mental do paciente.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde demonstram que a internação compulsória já é praticada desde que a prefeitura começou, em 2009, a Operação Centro Legal. Das cerca de 2.800 internações realizadas em equipamentos exclusivamente municipais neste período (2009/2012), a prefeitura confirma mais de 300 casos de internação compulsória (cerca de 11% do total). O processo começava com a abordagem dos agentes de saúde. Se o dependente concordasse, ele era enviado a um equipamento – no caso do município, CATS ou Complexo Prates, no caso do Estado, CRATOD –, onde médicos e uma equipe multidisciplinar decidiam qual deveria ser o processo terapêutico adotado para aquela pessoa. Em casos específicos, sempre com laudo médico, optava-se pela internação compulsória para proteger a integridade física e mental do paciente. (SÃO PAULO, Governo do Estado, 2013).

A internação compulsória é, então, analisada por equipe multidisciplinar, se dando em casos específicos e com laudo médico.

Pois bem, acerca do tema ainda há discussões, de um lado há doutrinadores defendendo a internação compulsória, enquanto, no outro extremo tal medida é abominada.

Passaremos, então, à análise dos argumentos contra e a favor, para então concluir o raciocínio.

Doutrinadores que se posicionam contra a internação compulsória alegam ser uma medida higienista, em desrespeito à constituição federal, e que não terá resultados, apenas afronta à dignidade dos toxicômanos, sendo além de tudo ineficiente.

Contra as ações de internação compulsória, levantam-se vozes que acusam a medida de higienista e ineficiente. Seria ineficiente porque não atua sobre todos os fatores que trazem complexidade à questão da droga dependência. Após a internação, e supondo que ela traga benefícios, a pessoa volta para sua mesma rede social, para a mesma dinâmica familiar, para as mesmas perspectivas de trabalho, entre inúmeros outros aspectos que podem ser levantados. Caso não haja uma ação sobre todos estes fatores, provavelmente a medida tornar-se-ia ineficaz. Porém, mesmo havendo uma solução positiva para estas questões, ainda se mantém a dúvida sobre a validade da medida: se a taxa de recuperação dos que voluntariamente se internam não é muito alta, o que esperar de uma internação contra a vontade do “paciente”? Se a medida é ineficiente para garantir a reabilitação dos dependentes, ela é certamente muito eficiente para tirar o problema de nossas vistas – e por isso, seria higienização. (RAMOS, Paulo, 2014).

De outro lado, afirmam estudiosos que não se trata de desrespeito aos direitos do toxicômano: a droga reduz a sua percepção da realidade, em casos mais extremos o toxicômano pode até vir a ser considerado como um inimputável. Seria, portanto, uma solução para acolher os viciados das ruas, oferecendo-lhe um tratamento que não a prisão, onde muitos acabam como anteriormente analisado.

Tenho alguma experiência com internações compulsórias de usuários de crack. Infelizmente, não são internações preventivas em clínicas especializadas, mas em presídios, onde trancamos os que roubam para conseguir acesso à droga que os escravizou.

Na Penitenciária Feminina, atendo meninas presas na cracolândia. Por interferência da facção que impõe suas leis na maior parte das cadeias paulistas, é proibido fumar crack. Emagrecidas e exaustas, ao chegar, elas passam dois ou três dias dormindo, as companheiras precisam acordá-las para as refeições. Depois desse período, ficam agitadas por alguns dias, e voltam à normalidade.

Desde que o usuário não entre em contato com a droga, com alguém sob o efeito dela ou com os ambientes em que a consumia, é muito mais fácil ficar livre do crack do que do cigarro. A crise de abstinência insuportável que a cocaína provocaria é um mito. (VARELLA, Drauzio, 2013).

Afirmam os defensores da internação compulsória de que esta não desacata o artigo 5º, inciso II, que prevê que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa se não em virtude de lei, pelo contrário, trata-se de uma assistência aos desamparados, possuindo, então fundamento na própria constituição federal, em seu artigo 6º:

Essa assistência de forma constitucional se qualifica nas fundamentações básicas para a internação compulsória de usuários de substância tóxica de modo positivo para a recuperação a vida social dos usuários dessas substâncias tóxicas. Para que tudo isso possa acontecer de eficácia plena devemos desenvolver efeitos educativos a norma, é que estamos acostumados a vivenciar certos fatores sociais que automaticamente transformamos em normas jurídicas, mas na eficácia educativa sociológica devemos ter uma lei que seja obrigatória, devemos divulgar publicar e assim sendo conhecida pelo grupo, irá também se educando assim surgindo esclarecimento a opinião pública.

Portanto a internação compulsória é constitucional está frente de qualquer questão em valorização a vida humana. (RAMOS, Paulo, 2014).

Ainda como argumento contra a internação compulsória, é alegado que ela não cura o vício em crack, portanto não se justifica.

O vício é doença de difícil tratamento, e, segundo Drauzio Varella, 2013, praticamente incurável, o viciado aprende a conviver com o seu vício, então nem a internação compulsória e nem tratamento algum irão curar por completo o usuário de crack, mas ele poderá, por meio de tratamento adequado ser ajudado e aprender a conviver com esse vício, evitando, assim, o uso constante da droga.

Ademais, há a questão da capacidade civil, não raro o toxicômano ser considerado como inimputável, sobre o tema Eudes Quintino de Oliveira Junior, 2013, considera:

É inquestionável o direito da pessoa de se manifestar a respeito de determinada decisão que lhe aprouver, desde que seja capaz, com plenas

condições de discernimento. Não preenchida a condição de autogoverno e autodeterminação, como é o caso do dependente em drogas, a representação passa para os familiares e, na falta, para terceiros juridicamente legitimados, como a própria Justiça.

Diante de tal permissivo, é lícito ao Estado intervir e determinar medidas coativas para a preservação da vida, de acordo com as balizas estabelecidas pela dignidade humana, opção feita pela Constituição Federal, já que o detentor da cidadania não se encontra mentalmente apto para o exercício de seus direitos e necessita da aplicação de medidas protetivas específicas. Qualquer outra solução que contrarie o interesse maior prevalente, que é o da saúde, do viver, não tem o condão de inverter o pensamento determinado pela lei maior. (JUNIOR, Eudes Quintino de Oliveira, 2013).

Analisando ambos os posicionamentos, bem como a atual epidemia de viciados em crack enfrentada pelo Brasil, as condições históricas, sociais, e a atual política de drogas do país podemos concluir que a internação compulsória, apesar de não ser a medida de tratamento ideal (o mais eficaz seria o toxicômano procurar o tratamento por conta própria, como estudado em capítulo anterior), é uma medida que ajuda a amparar esses indivíduos dependentes do crack.

Apesar de em um primeiro momento parecer uma política higienista, que visa apenas retirar das paisagens das cidades os dependentes químicos, a internação compulsória pode vir a ser válida para estes indivíduos, apresentando-lhes um início de tratamento, um afastamento da droga; ainda, se presente uma equipe multidisciplinar apoiando esses indivíduos os resultados podem ser muito positivos.

A grande maioria dos dependentes de crack não chega a situações desumanas porque quer, sendo que muitos deles desejam se livrar do vício, a internação compulsória é uma alternativa mais humana do que a prisão destes indivíduos, visa o seu tratamento e não a sua punição.

7.2 Medidas que Poderiam ser Adotadas no Brasil

Conforme o quadro neste trabalho colorido, podemos destacar algumas medidas que, se adotadas na Política Pública de drogas no Brasil, poderiam modificar as condições extremas em que os usuários de crack acabam se encontrando.

A primeira delas seria a edição de uma lei complementar prevendo fundos destinados a efetivação no plano fático das medidas preventivas e das

medidas terapêuticas previstas na lei 11.343/06; com tal complemento tais medidas, tão eficazes no tratamento do usuário de crack poderiam ajudar esses indivíduos.

Em segundo lugar viria a oferta de mais vagas, como analisado o número de vagas destinadas ao tratamento de usuários de crack é, ainda, ínfimo quando comparado ao número de viciados acometidos pelo crack no país, atente-se mais vagas e por todo o país, pois de nada adianta termos uma grande oferta de vagas concentrada em apenas uma região quando o país inteiro é assolado pela toxicomania.

Outra medida a ser adotada seria o estudo a fundo da questão da diferenciação dos usuários e traficantes; devido à esta dificuldade inúmeros usuários de crack, e drogas em geral, acabam presos como se traficantes o fossem ao invés de serem encaminhados à tratamento, há a necessidade de critérios mais eficazes quando desta diferenciação.

Por fim, mas não menos importante, a conscientização da população de que o vício em drogas é uma doença é extremamente válido: hoje o usuário de crack é marginalizado, não raro formarem-se comunidades nas ruas de usuários de crack abandonados pela sociedade. Tal fato se modificaria se a população se conscientizasse de que esses indivíduos são doentes e precisam de tratamento ao invés de vê-los, e isso é um reflexo das políticas públicas adotadas pelo Brasil no decorrer da história, como um perigo à sociedade.

CONCLUSÃO

Em esfera mundial, as Nações Unidas começam a enxergar a ineficácia do proibicionismo no tocante às drogas, conforme os avanços científicos, históricos e legislativos, a comunidade mundial vem se conscientizando que a maneira de lidar com os toxicômanos é, na realidade, o tratamento em oposição à punição.

Comparando os resultados de uma política extremamente proibicionista, cuja principal medida no tocante aos narcomaniacos é a prisão, sistema este adotado pelos Estados Unidos, com a abordagem holandesa, onde os usuários são tratados, percebe-se cristalinamente, inclusive com números, a ineficácia do método norte-americano: o holandês apresenta números significativamente mais auspiciosos do que os norte-americanos.

O tratamento do usuário de crack no Brasil, conforme pôde se verificar, apesar de normatizado, não surte efeitos por conta de falhas na própria legislação, e apesar de haver centros de reabilitação, e até mesmo medidas de tratamento oferecidas pelo governo, as vagas são escassas, comprometendo o sucesso dos programas. Ainda, a lei 11.343 não define as diferenças entre usuários e traficantes, sendo que muitos dependentes de crack acabam detrás das grades enquadrados como se traficantes o fossem.

A despeito da louvável evolução da legislação brasileira atinente ao tratamento do dependente químico observa-se que não foi possível construir uma rede exitosa destinada ao melhor tratamento objetivando a recuperação de tais pacientes.

O fracasso do brasil no tratamento desses indivíduos é palpável, basta observar o número crescente de portadores desta doença morando às ruas sem qualquer efetivação dos direitos humanos, tão prezados pela Carta Magna regente no país.

O tema precisa de uma abordagem diferente, precisa de uma análise mais completa, para, então, ter chances de um tratamento que surta efeitos positivos.

BIBLIOGRAFIA

ALCOHOL REHAB. **Drug Legislation in the Netherlands**. 2015. Disponível em:<<http://alcoholrehab.com/drug-addiction/drug-legislation-in-the-netherlands/>>. Acesso: em 29 set. 2015.

AVELINO, Victor Pereira. A evolução do Consumo de Drogas. **Revista Jus Navigandi**. Teresina, ano 15, n. 2439, 6 mar. 2010. Disponível em:<<http://jus.com.br/artigos/14469/a-evolucao-do-consumo-de-drogas/2>>. Acesso: em 03 jul. 2015.

BATISTA, Nilo. **Política Criminal com Derramamento de Sangue**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, n. 20, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997. Disponível em:< <https://pt.scribd.com/doc/224409641/Nilo-Batista-Politica-criminal-com-derramamento-de-sangue>>. Acesso: em 21 jul. 2015.

BALLONE, G.J.. **Dependência Química**. 2010. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=223>>. Acesso: em 20 abr. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso: em 5 mai. 2015.

_____. Código Criminal do Império do Brasil, de 16 de dezembro de 1830. D. Pedro por Graça de Deus, e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional, e Defensor Perpetuo do Brazil: Fazemos saber a todos os Nossos súbditos, que a Assembléia Geral Decretou, e Nós Queremos a Lei seguinte. **Código Criminal de**

1830. Rio de Janeiro, RJ, 8 jan. 1831. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-16-12-1830.htm>. Acesso: em 03 jul. 2015.

_____. Decreto n. 780, de 28 de abril de 1936. Crêa a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. **Decreto n. 780.** Rio de Janeiro, RJ, 28 abr. 1936. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Decreto-lei n. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Lei de Fiscalização de Entorpecentes.** Rio de Janeiro, RJ, 25 nov. 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm>. Acesso: em 24 jul. 2015.

_____. Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890. O Generalissimo Manoel Deodoro da Fonseca, Chefe do Governo Provisorio da Republica dos Estados Unidos do Brazil, constituído pelo Exercito da Armada, em nome da Nação, tendo ouvido o Ministro dos Negocios da Justiça, e reconhecendo a urgente necessidade de reformar o regimen penal, decreta o seguinte. **Código Penal de 1890.** Sala das Sessões do Governo Provisório, 11 out. 1890. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>>. Acesso: em 03 jul. 2015.

_____. Decreto n. 2.953, de 10 de agosto de 1938. Modifica o art. 2º do Decreto n. 780, de 28 de abril de 1936, que criou a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes. **Decreto n. 2.953.** Rio de Janeiro, RJ, 10 ago. 1938. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2953-10-agosto-1938-345717-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Decreto 4.294, de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias venenosas; estabelece as fôrmas de processo e julgamento e manda abrir os creditos necessários. **Decreto n. 4.294.** Rio de Janeiro, RJ, 6 jul. 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>>. Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio de substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas. **Decreto n. 20.930**. Rio de Janeiro, RJ, 11 jan. 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>>. Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Decreto n. 24.505, de 29 de junho de 1934. Modifica os arts. 1º, 3º, 5º, 14, 22, 25, 26 e 58 do Decreto n. 20.930, de 11 de janeiro de 1934. **Decreto n. 24.505**. Rio de Janeiro, RJ, 29 jun. 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24505-29-junho-1934-508459-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Decreto-lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, RJ, 1 jan. 1942. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso: em 24 jul. 2015.

_____. Decreto-Lei 3.114, de 13 de março de 1941. Dispõe sobre a fiscalização de entorpecentes. **Decreto-Lei n. 3.114**. Rio de Janeiro, RJ, 13 mar. 1941. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3114-13-marco-1941-413056-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso: em 23 jul. 2015.

_____. Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. **Lei n. 5.726**. Brasília, DF, 29 out. 1971. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L5726.htm>. Acesso: em 24 jul. 2015.

_____. Lei 6.368, de 21 de outubro 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. **Lei n. 6.368**. Brasília, DF, 21 out. 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso: em 24 jul. 2015.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção dos direitos da pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em

saúde mental. **Lei n. 10.216.** Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso: em 27 set. 2015.

_____. **Lei 10.409, de 11 de janeiro de 2002.** Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle, a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Lei n. 10.409.** Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm>. Acesso: em 25 set. 2015.

_____. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – 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; define crimes e dá outras providências. **Lei de Drogas.** Brasília, DF, 23 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso: em 25 set. 2015.

_____. **Observatório Crack, é possível vencer.** 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acesso: em 27 set. 2015.

_____. **Secretário Fala Sobre Política Nacional Sobre Drogas.** 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas>>. Acesso: em 27 set. 2015.

_____. Supremo Tribunal Federal. **I. Posse de droga para consumo pessoal: (art. 28 da L. 11.343/06 - nova lei de drogas): natureza jurídica de crime.** Recurso Extraordinário 430105 RJ. Relator: Min. Sepúlveda Pertence, Data de Julgamento: 13/02/2007, Primeira Turma, Data de Publicação: DJe-004 DIVULG 26-04-2007 PUBLIC 27-04-2007 DJ 27-04-2007 PP-00069 EMENT VOL-02273-04 PP-00729 RB v. 19, n. 523, 2007, p. 17-21 RT v. 96, n. 863, 2007, p. 516-523. Disponível em: <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14729580/questao-de-ordem-no-recurso-extraordinario-re-430105-rj>>. Acesso: em 27 set. 2015.

COMISSÃO DE NARCÓTICOS. **Political Declaration and Plano of Action on International Cooperation Towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem.** Viena, 11, 12 mar. 2009. Disponível em <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_52/Political-Declaration2009_V0984963_E.pdf> Acesso: em 21 jul. 2015

CUMINALE, Nathalia. **Os Desafios para o Tratamento do Usuário de Crack.** **Revista Veja Online.** 2010. Disponível em:<<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/os-desafios-para-o-tratamento-do-usuario-de-crack/>>. Acesso: em 20 mai. 2015.

DRUG POLICY ALLIANCE. **A Brief History of the Drug War.** 2015. Disponível em <<http://www.drugpolicy.org/new-solutions-drug-policy/brief-history-drug-war>> Acesso: 20 set. 2015.

DRUG WAR FACTS. **Netherlands Compared to The United States.** 2014. Disponível em:<[http://drugwarfacts.org/cms/?q=node/67&icid\[master\]=vid~fd35ea74-09b3-44df-86ea-06c151d09352&icid\[i1726\]=rlt~1444304111~land~2_4755_seo_c5591f266edc39b9859883d4b50c66a5](http://drugwarfacts.org/cms/?q=node/67&icid[master]=vid~fd35ea74-09b3-44df-86ea-06c151d09352&icid[i1726]=rlt~1444304111~land~2_4755_seo_c5591f266edc39b9859883d4b50c66a5)>. Acesso: em 29 set. 2015.

ESCOHOTADO, Antonio. **Aprendiendo de las drogas, usos y abusos, prejuicios y desafios.** Disponível em:<<http://www.edu.xunta.es/centros/iesmontecastelo/system/files/Antonio+Escohotado+-+Aprendiendo+de+las+drogas.pdf>>. Acesso: em 20 abr. 2014.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. **Commission on Narcotic Drugs.** 2015. Disponível em:<<https://www.unodc.org/unodc/commissions/CND/>>. Acesso: em 20 jul. 2015.

_____. **Drogas: Marco Legal.** 2015 Disponível em:<<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>>. Acesso: em 01 jul. 2015.

_____. **The International Drug Control Conventions.** Viena, 20 dez. 1988. Disponível em <https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf> Acesso: em 01 jul. 2015.

_____. **Political Declarations on the World Drug Problem**. 2015. Disponível em:<
https://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/Political_Declarations/Political-Declarations_Index.html>. Acesso: em 20 jul. 2015.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos**. 2013. Disponível em:<<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso: em 17 set. 2015.

F., Paulo. **O Centenário da Convenção Internacional do Ópio**. 2012. Disponível em <<http://jornalggn.com.br/blog/luisnassif/o-centenario-da-convencao-internacional-do-opio>> Acesso: em 01 jul. 2015.

FERREIRA, Rodrigo Eugenio M.; MARTINI, Rodrigo K. **Cocaína: Lendas, História e Abuso**. 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000200008>. Acesso: em 05 mar. 2015.

FILHO, Vicente Greco; RASSI, João Daniel. **Lei de Drogas Anotada**. 3 ed. 2009. Ed. Saraiva.

FUNDAÇÃO PARA UM MUNDO SEM DROGAS. **O que é crack?**. 2015. Disponível em <<http://br.drugfreeworld.org/drugfacts/crackcocaine.html>> Acesso: em 01 jul. 2015.

GAMA, Linda Nice. **Os malefícios do uso da cocaína**. Niterói, 2013. Disponível em:<<http://www.uff.br/psienf/cocaina.pdf>>. Acesso: em 05 abr. 2014

GILMAN, Alfred Goodman. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 8ª ed., 1990. EDITORA

HERCULIANI, Percileyne Pelegrine. **Efeitos da Inalação Crônica de Cocaína “Crack” no Aparelho Respiratório de Camundongos**. São Paulo, 2007.

Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-13022008-110518/publico/percyleinepherculani.pdf>>. Acesso: em 31 jul. 2015.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss**. 2012. Disponível em <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=crack>> Acesso: em 20 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. **As Internações dos Usuários de Drogas**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br/noticia/13945-As-internaes-dos-usurios-de-drogas>>. Acesso: em 27 set. 2015.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO. **Convenções Internacionais sobre Drogas**. 2012. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>>. Acesso: em 26 mar. 2015.

JUNIOR, Eudes Quintino de Oliveira. A legalidade da internação Compulsória de Viciados em Droga. **JusBrasil**. 2013. Disponível em: <<http://eudesquintino.jusbrasil.com.br/artigos/121823254/a-legalidade-da-internacao-compulsoria-de-viciados-em-droga>>. 25 set. 2015.

LARANJEIRA, Ronaldo; JUNGEMAN, Flávia; DUNN, John. **DROGAS maconha, cocaína e crack**. 2ª ed., 1998.

LEITE, Marcos da Costa. **Conversando sobre cocaína e crack**. 2ª ed., 2001.

MACHADO, Bruna da Silva; DA SILVA, Christien Aurélio Lima de Oliveira. **Os Malefícios do Uso da Cocaína**. 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/psienf/cocaina.pdf>>. Acesso: em 20 fev. 2015.

MARINO, Saritha Regina Pedreira Chagas. O Proibicionismo das Drogas no Brasil. **JurisWay**. 2013. Disponível em <http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=12117> Acesso: em 10 jul. 2015.

MELOTTO, Patrícia. **Trajatórias e Uso do Crack: Estudo Antropológico sobre Trajetórias de Usuários de Crack no Contexto de Bairros Populares de São**

Leopoldo – RS. 2009. Disponível

em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17235/000712598.pdf?..>>.

Acesso: em 25 nov. 2014.

MICHAELIS. **Dicionário Michaelis.** 2009. Disponível em:<

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=depend%EAncia>>. Acesso: em 27 set. 2015.

MOREIRA, Erika Macedo. **A Nova Política Criminal de Drogas e o Avanço do Estado Penal.** 2006. Disponível

em: <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=93&cod_boletim=5>.

Acesso: em 27 set. 2015.

MUAKAD, Irene Batista. **A Cocaína e o Crack: As Drogas da Morte.** 2011, 2012.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/67954/70562>>.

Acesso: em 04 mai. 2015.

_____. **A Cocaína e as suas Formas de Consumo.** 2009. Disponível

em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/FDir/Artigos/artigos_2009/irene_04_09.pdf>. Acesso em 04 mai. 2015.

NAÇÕES UNIDAS. **Single Convention on Narcotic Drugs.** Nova Iorque, 30 mar.

1961. Disponível em <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso:

em 01 jul. 2015.

_____. **Convention on Psychotropic Substances.** Viena, 21 fev. 1971. Disponível

em <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso: em 20 jul 2015.

_____. **Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de**

Estupefacientes y Substancias Sicotrópicas. Viena, 20 dez. 1988. Disponível em

<http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf> Acesso: em 20 jul. 2015.

_____. **Political Declaration Guiding Principles of Drug Demand Reduction and Measures to Enhance International Cooperation to Counter the World Drug Problem.** 10 jun. 1998. Disponível em <[http://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-](http://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-01_1.pdf)

[01_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_1999-01-01_1.pdf)> Acesso: em 20 jul. 2015.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **Drug Use, Crime and Incarceration**. 2014. Disponível em:<<http://www.drugabuse.gov/related-topics/criminal-justice/drug-addiction-treatment-in-criminal-justice-system>>. Acesso: em 29 set. 2015.

_____. **Principles of Drug Addiction Treatment: A research Based Guide (third edition)**. 2012. Disponível em:< <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>>. Acesso: em 20 fev. 2014

_____. **Drugs, brains and behavior, THE SCIENCE OF ADDICTION**. 2010. Disponível em:<<http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sciofaddiction.pdf>>. Acesso: em 03 fev. 2014

NETO, Lauro. **A Crônica de um menor viciado em crack**. 2012. Disponível em:<<http://oglobo.globo.com/rio/a-cronica-de-um-menor-viciado-em-crack-4342309#ixzz3004Dk9jU>>. Acesso: em 28 mar. 2014.

PEDRINHA, Roberta Duboc. **Notas Sobre a Política Criminal de Drogas no Brasil: Elementos para uma Reflexão Crítica**. 2015. Disponível em <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/anais/salvador/roberta_duboc_pedrinha.pdf> Acesso: em 30 set. 2015.

PELLI, Ronaldo. Histórico da Criminalização de Drogas. **Revista de História .com.br**. 2011. Disponível em:< <http://rhbn.com.br/secao/reportagem/historico-da-criminalizacao-de-drogas>>. Acesso: em 27 set. 2015.

PORTUGAL. **Ordenações Filipinas**. 1603. Disponível em:<<http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/ordenacoes.htm>>. Acesso: em 30 jun. 2015.

RAMOS, Paulo. **A internação compulsória dos dependentes químicos no Brasil**. 2014. Disponível em:<<http://forense.jusbrasil.com.br/artigos/114587995/a-internacao-compulsoria-dos-dependentes-quimicos-no-brasil>>. Acesso: em 27 set. 2015.

RIBEIRO, Maurides de Melo. **Drogas e redução de danos**: análise crítica no âmbito das ciências criminais. 2012. Tese (Doutorado em Direito Penal) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-20032013-141828/>>. Acesso: em 25 set. 2015.

RODRIGUES, Natália Teixeira. Inovações da Lei nº. 11.343/06 Referentes à Figura do Usuário. **ViaJus**. 2015. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=2748&idAreaSel=4&seeArt=yes>>. Acesso: em 25 set. 2015.

SANTOS, Helena Maria Ramos dos. **Os Usuários de Drogas Ilícitas: Afinal, Quem São os Criminalizados por Drogas em Maringá-PR?**. Maringá, 2012. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá. Disponível em <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/1_Producoes_Academicas/Os_Usuarios_de_Droga_Illicitas_afinal_quem_sao_os_criminalizados_por_drogas_em_maringa_PR_Helena_Maria_Ramos_dos_Santos.pdf > Acesso: em 25 jul. 2015.

SILVA, Antonio Ferreira de Lima Moreira da. Histórico das Drogas na Legislação Brasileira e nas Convenções Internacionais. **Jus Navigandi**. 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19551/historico-das-drogas-na-legislacao-brasileira-e-nas-convencoes-internacionais>>. Acesso: em 04 mai. 2015.

SILVA, Mateus Maciel César. Teoria das Janelas Quebradas na Criminologia. **Jus Navigandi**. 2015. Disponível em <<http://jus.com.br/artigos/36275/teoria-das-janelas-quebradas-na-criminologia>> Acesso: em 20 set. 2015

SWIFT, Robert M.; LEWIS, David C. **Farmacologia da Dependência e Abuso de Drogas**. 2015. Disponível em: <<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/lapnex/arquivos/files/Farmacologia%20da%20dependencia%20e%20abuso%20de%20drogas.pdf>>. Acesso: em 05 abr. 2014.

TRINDADE, Eliane. Diário de uma quase sobrevivente da crackolândia: Perda Total. **Folha de São Paulo**. 2014. Disponível

em:<<http://www1.folha.uol.com.br/colunas/redesocial/2014/03/1423557-diario-de-uma-quase-sobrevivente-da-cracolandia-perda-total.shtml>>. Acesso: em 03 fev. 2014.

VARELLA, Drauzio. **Internação Compulsória**. 2013. Disponível em:<<http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/internacao-compulsoria-2/>>. Acesso: 25 set. 2015.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. **Descriminalização do Consumo**. 2015. Disponível em:<<http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx>> Acesso: em 29 set. 2015.