

CRACK, O REFÚGIO DOS DESESPERADOS, À LUZ DO PROGRAMA NACIONAL DE COMBATE AS DROGAS¹

Luiz Octávio Martins Mendonça²

Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNI-RIO

RESUMO: Este texto tem como fundamento orientar os atores sociais, que participam do cenário de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social dos usuários e dependentes de *crack*, para os malefícios que a droga ocasiona no organismo e na sociedade contemporânea, analisando os fatores que favorecem a dependência química dos usuários, sob os enfoques biológico, psicológico e socioculturais, bem como atestar o perfil sociodemográfico e de padrões de uso dessa “mazela social”. Além disso, disserta sobre o Programa Nacional de Combate às Drogas, uma inovação legislativa que valorizou a política de redução de danos e desvalorizou a punição dos usuários e dependentes químicos. Por último, é exposta a doutrina jurídica sobre a criminalização do porte e do consumo de drogas no país e as inovações trazidas pela Lei nº 11.343/2006.

PALAVRAS-CHAVE: *Crack*. Dependência. Usuários. Políticas públicas. Lei nº 11.343/2006.

1 Introdução

O consumo de *crack* tornou-se popular no Brasil a partir de 1990, alastrando-se na sociedade contemporânea com rapidez e ocasionando uma ruptura nos padrões socioeconômicos das cidades brasileiras afetadas por essa mazela. São diversos os fatores de ordem social, psíquica e econômica, que geraram o aumento da demanda desse entorpecente, como: o custo; o fácil acesso ao mercado de “varejo”; a rapidez dos seus efeitos; a sensação de euforia nostálgica; e o aumento da infecção por doenças sexualmente transmissíveis.

A droga atinge o cérebro de forma tão célere e intensa que é capaz de transformar os mecanismos do sistema cerebral, ao bloquear a absorção natural da dopamina, um estimulante do sistema nervoso central. O usuário passa a não sentir prazer por outras situações normais da vida. Assim, somente com a administração repentina de *crack* pelo usuário e dependente, a sensação aparente de “bem-estar” pode ser sentida.

Nessa perspectiva, o abuso de drogas é considerado pelos especialistas um padrão de conduta socialmente adquirido e reforçado por aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos. Tal padrão serviu de base para traçar um perfil sociodemográfico dos usuários de *crack*, o que possibilita uma interação de dados e informações importantes para o bom emprego da Política Nacional de Combate às Drogas no país.

As estratégias mais repressivas quanto ao controle de drogas foram sendo, aos poucos, equilibradas com as ideologias inovadoras voltadas à saúde e à redução da demanda de entorpecentes. Em 23/8/2006, a nova Lei Antidrogas foi promulgada e instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (Sisnad), prescrevendo medidas educativas

¹ Enviado em 23/8, aprovado em 1º/10, aceito em 25/10/2010.

² E-mail: luizoctaviomm@yahoo.com.br.

de prevenção do uso indevido, atenção aos usuários e dependentes e reinserção social do atores participantes deste cenário, mediante diretrizes e normas à luz das políticas educacionais de redução de danos.

Por fim, o novo entendimento dado aos usuários de drogas ilícitas no contexto jurídico nacional, apresentado através da Política Nacional Sobre Drogas, leva-nos a entender que o Brasil mostra-se em conformidade com o pensamento ambulatorial, tratando com prevenção e atenção à saúde e à ressocialização dos dependentes químicos.

2 O panorama histórico e evolutivo do consumo da cocaína e o surgimento do *crack*, a mazela da sociedade contemporânea

Segundo o pesquisador Marcos da Costa Leite (apud TULLER, 2007, p. 154), a cocaína é uma substância naturalmente presente em dezenas de espécies vegetais do gênero *Erythoxylum*, sendo a *Erythoxylum coca* e a *Erythoxylum novogranatense* as mais utilizadas no cultivo para produção da droga.

Provém de longas datas o hábito de mascar as folhas de coca pelos povos indígenas da região da Cordilheira dos Andes. A partir do século XV, com a expansão ibérica e a conseqüente chegada dos conquistadores espanhóis ao Novo Mundo, essa prática foi estimulada, pois facilitava a exploração do trabalho escravo.

Com os efeitos testados no continente americano, a folha foi levada para a Europa pelos espanhóis, durante os séculos XVI e XVII, difundindo-se nas mais diversas aplicações: perturbações no aparelho digestório, ulcerações da pele, doenças venéreas e dores de cabeça, de dente e musculares.

De acordo com Leite (1999, p. 27), a cocaína, principal alcaloide ativo existente nas folhas do *Erythoxylum coca*, foi isolada em 1860 por Niemann, que examinou seu gosto amargo e o efeito peculiar que produzia na língua, tornando-a dormente e quase insensível. O pesquisador enfoca que, por volta de 1880, a cocaína estava disponível comercialmente, sendo logo incorporada a diversas bebidas, entre as quais o famoso Vin Mariani.

Em 1884, Sigmund Freud, pioneiro nos estudos dos efeitos fisiológicos da cocaína, reconhecido usuário do entorpecente, passou a examinar as variações da droga. Carl Koller introduziu a cocaína na anestesia local da córnea; e Hall, na odontologia. Nos Estados Unidos, por volta de 1885, a substância foi adicionada, juntamente com a cafeína, num remédio popular considerado o protótipo da coca-cola, com indicações de uso contra dor de cabeça e como estimulante.

Em 1892, fundou-se a Coca-Cola Company, e a bebida foi posta no mercado como um tônico para pessoas debilitadas. Entre os anos de 1903 e 1906, a bebida continha aproximadamente 60 mg de cocaína em 230 ml. A partir de 1900, surgiram vários medicamentos e bebidas à base de cocaína ou de folhas de coca, os quais permaneceram no mercado até meados de 1914, quando foi editado o Harrison Narcotic Act, que tornou ilegais o uso e a venda de cocaína nos EUA.

Em 1924, a Associação Americana de Medicina realizou um estudo que atribuiu a morte de 26 pacientes à utilização da cocaína como anestésico - fato que restringiu o seu uso clínico. Durante cinco décadas, o consumo da droga, devido às suas propriedades eufóricas e o preço de mercado, ficou restrito a alguns segmentos da sociedade. A partir dos anos 1970, com as restrições impostas à comercialização das anfetaminas, diminuindo as vendas dessas substâncias, voltou o uso generalizado de "pó" nos EUA. E, no início da década de 1980, introduziu-se o *crack*. Assim, o consumo de cocaína aumentou de forma aterrorizante no decorrer dos anos.

Segundo Carlini (2004, p. 51), o panorama acima não se difere no nosso país. Nos últimos anos, as apreensões de cocaína no Brasil vêm aumentando, corroborando a tese de que o consumo e tráfico dessa substância estão avançando progressivamente. É possível medir os avanços no consumo da cocaína, na medida em que o número de internações e ocorrências em prontos-socorros aumentou deliberadamente; e o tráfico tornou-se atividade de fácil execução, bem como a compra e a disponibilidade no mercado, uma excelência.

Nos primórdios da década de 1980, a pasta da cocaína foi modificada numa forma nova, chamada base livre, que permite a volatilização. Com isso, a parte sólida e descartada do refino da coca passou a ser fumada. O nome *crack* é derivado do ruído característico produzido pelas pedras quando estão sendo decompostas pelo fumo.

Na última década do século XX, a administração da cocaína passou da forma intranasal e intravenosa para a respiratória, pelo ato de fumar. Tal mudança foi ocasionada pelo custo do *crack*, à obtenção quase imediata dos efeitos e à facilidade no uso, já que, por exemplo, dispensa a necessidade de material para injetar a droga.

A velocidade de absorção da cocaína utilizada na forma do *crack* pode ser equiparada com a absorvida por via intravenosa: leva alguns minutos para atingir a circulação sanguínea e o cérebro. A produção dos efeitos desejados depende da quantidade da dose de cocaína liberada na corrente sanguínea, a qual está diretamente relacionada com a eficiência do ato de fumar.

De acordo com os estudos de Marcos da Costa Leite (1999, p. 41), o consumo do *crack* tornou-se popular no Brasil a partir de 1990. Por outro lado, a droga não é recente, mas um novo procedimento de administração da cocaína. São vários os fatores para a disseminação e o aumento da procura desse entorpecente: o custo; o fácil acesso ao mercado ilegal; a rapidez dos efeitos; a sensação de euforia nostálgica; e o aumento da infecção pelo vírus HIV por conta do uso intravenoso. Sobre esse último aspecto, o vírus está associado ao uso endovenoso, uma vez que o compartilhamento de seringas pelos usuários, nos guetos de consumo da droga, mostra-se um dos fatores de aumento da contaminação dos viciados. O consumo de *crack* surgiu como uma alternativa similar e "segura" contra a possível infecção. De acordo com o pesquisador (LEITE, 1999, p. 41), o consumo da "pedra" e sua absorção pelo organismo são tão rápidos que equivalem ao uso endovenoso. Os efeitos observados são: taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia, dilatação das pupilas, tensão muscular, tremores e sudorese intensa.

A droga atinge o cérebro de forma tão célere e intensa que é capaz de transformar os mecanismos do sistema cerebral. O *crack* bloqueia a absorção natural da dopamina, um estimulante do sistema nervoso central. Tal substância é um neurotransmissor, precursor natural da adrenalina e da noradrenalina, que emite a sensação de prazer. Desse modo, os neurônios, encharcados de dopamina, impulsionam uma sensação de imensa euforia. Entretanto, quando o efeito passa, vem a urgência da repetição.

Por outro lado, como a dopamina é o principal regulador do sistema de prazer e recompensa, o *crack* vicia rapidamente, o que o torna temeroso. O uso frequente da substância ocasiona a disposição da dopamina e o esgotamento de suas reservas. Então, o cérebro se torna menos sensível à droga, e a sensação de prazer é substituída por alucinações.

O usuário passa a não sentir prazer por outros aspectos da vida, como relação sexual e alimentação. Essa carência de sensibilidade de prazer pelo sistema nervoso gera uma insatisfação em relação à existência, um distúrbio conhecido como anedonia. No inconsciente, resta apenas a sensação de prazer gerada pela droga. Com tal bloqueio, o usuário passa a viver em função da substância, ficando mais predisposto ao vício.

Estudando o significado de anedonia, constata-se que é uma nomenclatura que deriva de hedonismo, oriundo do grego *hedoné*: prazer. Hedonismo é a tendência a buscar o prazer imediato, individual, como única e possível forma de vida moral, evitando-se tudo o que possa ser desagradável. Por outro lado, a anedonia é a perda da capacidade de sentir prazer, própria dos estados gravemente depressivos.

O interesse humano está ligado intimamente à noção de prazer. Sentimos prazer pelos momentos felizes da vida, pelo encontro de pessoas queridas e nas diversas situações anímicas positivas. Em situações normais, a pessoa abre para si um leque de interesses: pelas notícias, pelos esportes, pela companhia de amigos e pessoas amadas, pelo conhecimento em geral, pelos passeios, pelas novidades, pelos estudos, pelo trabalho, pelas compras, pelas artes, pelos filmes, pela comida – enfim, cada pessoa nutre um rol de interesses pessoais, evidentemente coisas que lhe dão prazer.

No estado de depressão causado pela anomalia do prazer, esse leque de interesses vai se fechando – aparece progressivamente um desinteresse e desencanto pelas coisas. A vida do usuário de *crack* não tem mais sentido, a não ser quando está sob os efeitos da droga. Há estágios de tristeza e profunda solidão nos períodos onde o *crack* não está presente, um momento no qual a preocupação com o próprio sofrimento é o único interesse vivencial do deprimido e dependente.

Pela forma de uso, o *crack* é mais potente do que qualquer outro tipo de entorpecente e provoca dependência desde a primeira “pedra”. A droga é de fácil acesso, inodora, de efeito imediato e aprisiona pacientes e familiares. O pequeno valor da pedra – entre R\$ 5 e 10 – é tentador e, ao mesmo tempo, fantasmagórico. Inicialmente, revela-se um prazer barato e fissurante. Todavia, o viciado em *crack* precisa fumar 20, 30 vezes por dia, o que o leva a se desfazer de todos os bens, deixar de comer, comprar roupas e se cuidar, furtar familiares e amigos e, por fim, assolar-se no mundo do crime e da prostituição.

No ponto de vista dos psiquiatras especialistas sobre os efeitos da droga, o usuário de *crack* sente: forte aceleração dos batimentos cardíacos; aumento da pressão arterial; dilatação das pupilas; suor intenso; tremor muscular; e excitação acentuada; sensações de aparente bem-estar; aumento da capacidade física e mental; indiferença à dor e ao cansaço. Entretanto, se os prazeres físicos e psíquicos são percebidos com uma pedra de *crack*, os sintomas da síndrome de abstinência também não contemporizam a chegar. Em, aproximadamente, 15 minutos, brota de novo a necessidade de inalar a fumaça de outra pedra; caso contrário, chegarão inevitavelmente o desgaste físico, a prostração e a depressão profunda.

3 A análise dos fatores que favorecem a dependência química dos usuários de *crack* sob os enfoques biológico, psicológico e socioculturais

Inicialmente, faz-se necessário analisar a origem da palavra “adicação”, para podermos conceituar a dependência de drogas de forma clínica e precisa. De acordo com o entendimento de Eduardo Kalina:

O substantivo adição, em nossa língua, caracteriza a inclinação ou apego de alguém por alguma coisa. O adjetivo adicto, por sua vez, define a pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa – crença, trabalho, ou atividade partidária, por exemplo, ou de determinados princípios. Nos tempos da Roma Antiga, o particípio passado “addictum”, empregado como adjetivo, designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo, se não dispusesse de outros recursos para cumprir o compromisso contraído. (KALINA, apud TULLER, 2007, p. 155)

Nessa perspectiva, o toxicômano é o indivíduo que se revoluciona contra as contingências que limitam a condição humana. A ânsia de onipotência – de atingir o todo, o prazer total – que imaginariamente o seduz, chama-o sem tréguas, só na morte se cumprindo. O que leva uma pessoa ao consumo de drogas está, primordialmente, muito perto do que levou o ser humano a se entregar aos prazeres da pesquisa científica ou a olhar por um telescópio. Como pronuncia Aratangy (apud TULLER, 2007, p. 157), “é o mesmo motivo que impulsionou tantos, em direção sextante, aos mares bravios e às aventuras espaciais”.

O consumo do *crack*, de forma adicta, causa um aumento instantâneo de cocaína na circulação sanguínea, produzindo efeitos psíquicos, com pico em cinco minutos. Os efeitos desagradáveis são igualmente mais intensos, acarretando a readministração: essa substância é a forma da cocaína mais propensa a causar o consumo compulsivo e a dependência.

No entendimento de Graeff e Guimarães (2005, p. 125), a dependência química está disposta em graus de variedade, que vão desde o mais leve até o mais intenso: a adição, termo designado para o vício ou dependência extrema. Para o dependente químico, os entorpecentes substituem todas as outras atividades e prazeres da vida sadia, ocasionando uma deficiência no autocontrole da administração de substâncias psicotrópicas. O autor afirma que a dependência não se instala de repente, e, sim, passa por diversas fases até a extrema, para qual se faz necessária a combinação de fatores de ordem genética, psicológica e social.

A perda do controle do uso de drogas e a consequente dependência estão relacionadas, em grande escala, a fatores agrupados no conceito de personalidade. Segundo Graeff e Guimarães:

[...] na combinação de temperamento e caráter, o temperamento refere-se a padrões de hábitos ligados à emoção e, em cerca de 50%, é de alta determinação genética. O temperamento vai permanecer estável da infância à idade adulta, ao passo que o caráter refere-se a valores e objetivos que orientam nossas ações voluntárias e depende muito pouco de influência genética, sendo determinado sobretudo pelas experiências da primeira infância. O caráter sofre, também, moderada influência da aprendizagem sociocultural, amadurecimento da infância até a idade adulta. (GRAEFF; GUIMARÃES, 2005, p. 125)

Ainda de acordo com Graeff e Guimarães (op. cit., p. 129), o tipo mais sujeito a risco de dependência química é o da personalidade antissocial. Caracteriza-se pelo padrão social de comportamento irresponsável, explorador e insensível constatado pela ausência de remorsos. Essas pessoas apresentam uma atitude aberta de desrespeito por normas, regras e obrigações sociais de forma persistente; estabelecem relacionamentos com facilidade, principalmente quando é do seu interesse, mas dificilmente são capazes de mantê-los; possuem baixa tolerância à frustração e facilmente explodem em atitudes agressivas e violentas; têm incapacidade de assumirem a culpa do que fazem de errado, ou de aprenderem com as punições; e por último, apresentam uma tendência a culpar os outros ou defenderem-se com raciocínios lógicos, porém improváveis.

Já a personalidade passivo-dependente é caracterizada pela baixa impulsividade e elevado nível de ansiedade. Nesses indivíduos, tal característica leva-os a uma propensão ao consumo de bebidas alcoólicas e nicotina. Posteriormente, ficam mais vulneráveis ao uso de entorpecentes. Outra variante que influencia o risco de dependência refere-se aos fatores ambientais, que levam o indivíduo a níveis elevados de estresse, à facilidade e disponibilidade em obter as drogas e ao abandono das relações sociais.

O *crack* é a forma barata de consumir cocaína, também relacionada à intensidade dos seus efeitos e à velocidade das sensações. A euforia que provoca é intensa: após o uso constante e repentino da droga podem surgir sintomas como taquicardia e hipertensão. Os sinais físicos também incluem dilatação pupilar, calafrios, anorexia, insônia e movimentos estereotipados, além de morte súbita por complicações cardíacas e *delirium*.

Cabe mencionar outro aspecto importante entre os usuários de *crack*: a intoxicação pelo alumínio, que ocorre durante a inalação da substância em latas de refrigerante. Nesse caso, além do vapor da droga, o usuário aspira alumínio que se desprende da lata em razão do aquecimento; o metal vai para os pulmões, entra na corrente sanguínea e ruma até os rins. Destarte, um viciado de *crack* apresenta anomalias no funcionamento dos rins, já que não consegue eliminar toda a impureza pela urina. Assim, o alumínio continua na corrente sanguínea e se deposita em dois pontos principais do corpo: o cérebro, onde se une às proteínas; e os ossos, onde encaixa nos espaços do cérebro. Esse diagnóstico provoca distúrbios no sistema nervoso, provocando a encefalopatia,

alteração que leva à demência e pode agravar o Mal de Alzheimer; e ocasiona osteomalácia, uma espécie de enfraquecimento dos ossos.

Noutro giro, a psicologia científica considera o abuso de drogas um padrão de conduta socialmente adquirido, ensinado, mantido e reforçado por aspectos psicológicos, sociológicos e fisiológicos. Existem variáveis que favorecem o consumo de drogas, as quais vão desde a atividade midiática, que propaga drogas lícitas - como álcool e tabaco - até o valor atribuído a elas pela sociedade. Ademais, não faltam notícias, filmes, novelas, que abordam de maneira fantasiosa o uso das drogas, para em seguida, narrar as consequências desastrosas. Todavia, o adolescente busca nos meios de comunicação de massa valores para construir sua identidade e meios para atingir o sucesso exigido por uma sociedade extremamente competitiva. É desprovida de senso crítico e torna-se presa fácil e manipulável - cenário pelo qual todos somos culpáveis.

Analisando essa questão social, em relação ao aumento da dependência química entre a sociedade contemporânea, outro participante ativo desse processo é a família. Segundo Outeiral:

Muitas vezes, desde criança estes são compulsivamente medicados por seus pais, que, ao primeiro choro incômodo da criança, prontamente a tratam com antiespasmódicos e a analgésicos. Assim, pela vida afora, foi-lhes ensinado que, a qualquer sinal de dor física ou psíquica, deveriam lançar mão de alguma "substância química" que lhes proporcionasse alívio. Os próprios pais praticavam generosamente a automedicação, o que levanta a hipótese de ser esta a causa de o adolescente estar tão vulnerável e à procura de algo que alivie o seu sofrimento. (OUTEIRAL, 2003, p. 783-784)

O estado de tristeza do adolescente tem origem em quadros depressivos, como baixa autoestima, falta de vontade para fazer atividades de lazer e as tarefas escolares, irritabilidade, choro, queixas de sintomas orgânicos - os quais se derivam, por um lado, de situações carenciais e afetivas ou traumáticas na infância, nas relações paternas; e, por outro, de vivências atuais da puberdade e do próprio período psicológico e de formação. É evidente que quanto melhores, estáveis e mais concretos tiverem sido as experiências na infância e o convívio familiar, mais habilitado estará o adolescente para lidar com as turbulências da idade e com a vulnerabilidade do momento.

É necessário corroborar a importância dos aspectos constitucionais do sujeito - impulsividade mais intensa, maior sensibilidade às vivências afetivas, dificuldades e frustrações - e das relações da criança com o ente paterno como fatores essenciais a um desenvolvimento saudável. O uso de drogas pode ser entendido como um pedido de socorro que, indiretamente, faz um adolescente quando enfrenta uma dificuldade emocional ou social, como depressão, abandono, rejeição, desamparo e perda.

Acrescentando à análise dos fatores socioculturais do aumento do consumo de entorpecentes pela sociedade contemporânea, Leite (1999, p. 53) afirma que um dos fatores que considera como primordial para os jovens experimentarem uma droga é a influência social.

Os fatores de risco para o excesso do consumo de drogas são: uso de drogas por parte dos familiares e pessoas próximas; desempenho escolar insatisfatório; relacionamento deficitário com os pais; baixa autoestima; sintomas depressivos; ausência de regramento; necessidade de novos desafios e emoções; baixo senso de responsabilidade; pouca religiosidade; uso precoce de álcool. Em suma: quanto maior a incidência de fatores de risco em um indivíduo, maior será a intensidade do consumo.

Pelo exposto, a dependência tem sua própria psicopatologia, caracterizada pelo estado compulsivo, perda de controle e manutenção do uso. Trata-se de uma irregularidade patológica crônica, progressiva, incurável e potencialmente fatal, se não for tratada. Quanto mais tardia for a intervenção terapêutica e educacional, mais complicado será o tratamento e menor a chance de ressocialização. A prevenção e a proteção da família vêm sendo identificadas como fortes influentes na redução dessa mazela social. Portanto, são de fundamental importância o investimento em diagnóstico precoce, o tratamento e as políticas públicas na área da saúde mental e comportamental.

4 O perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes do *crack* no país

No Brasil, os diagnósticos a respeito deste tema são insuficientes. Atestam a dificuldade dos pesquisadores em elaborar um estudo detalhado; e, com isso, contemporizam a correta implantação das políticas públicas na área de saúde mental e segurança para a efetiva redução do número de toxicômanos.

No artigo de Lígia Duailibi et al. (2007, p.4), foram analisados teses, artigos e capítulos de livros brasileiros relacionados ao consumo de cocaína e *crack*, além das bases de dados Medline, Lilacs, Opas, Cebrid e o Banco de Teses da Capes. Para traçar um perfil sociodemográfico dos usuários de *crack*, foram investigadas as populações específicas, os ambientes de tratamento, bem como as complicações decorrentes do consumo e durante o período da desintoxicação. Nesse diapasão, podemos destacar que o uso na vida de cocaína nos brasileiros foi de 2,3%, sendo as regiões Sul e Sudeste mais prevalentes; enquanto a Região Norte apresentou a menor taxa. A faixa etária de maior uso de *crack* encontrava-se entre os 25 aos 34 anos, com predominância do sexo masculino. Já o uso na vida de *crack* foi de 0,7%.

O primeiro episódio de consumo de *crack* acontece durante a adolescência, o que torna os levantamentos epidemiológicos com os estudantes importantíssimas fontes de dados do consumo dessas substâncias psicoativas. Tal fenômeno é marcado pela defasagem escolar; falta às aulas; baixo nível socioeconômico; relacionamento ruim com os pais ou ausência destes e/ou pais permissivos ao uso; presença de maus tratos na infância e juventude; e ausência de prática religiosa.

Nesse panorama, o estudo revela que os universitários são levados ao consumo da droga pela influência de amigos e pela permissividade por parte dos familiares, aliados ao estilo de vida mais independente. Tais fatores são considerados de risco para o uso. Sugere-se que esses campos devam ser abordados tanto na prevenção quanto no tratamento a essa população.

No final dos anos 1980, o consumo de *crack*, especialmente nos estados das regiões Sudeste e Sul, aumentou progressivamente entre as crianças e adolescentes em situação de rua. Arelados a isso estão os aumentos da taxa de violência e práticas criminosas nas regiões de consumo da droga, conhecidas como “Cracolândia”.

Os resultados analisados no artigo de Ligia Duailibi (2007, p.9) confirmam que “as diferenças regionais entre consumo e disponibilidade destas substâncias entre Sudeste e Nordeste, já não são tão marcantes desde 2003”. Ressalta-se o aumento e a mudança de padrão de consumo de *crack* nas principais capitais brasileiras.

Um aspecto relevante do consumo de *crack* é a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs): o uso da substância tem sido responsável pelo aumento do risco dessas infecções, seja pelo número elevado de parceiros sem proteção seja pela prostituição para manter financeiramente o vício.

Entre as drogas ilícitas consumidas no país, a demanda por tratamento da dependência do *crack* foi a que mais aumentou nos últimos anos. O perfil juvenil, desempregado, com baixa escolaridade, mínimo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de drogas injetáveis e alcoolismo, além do comportamento sexual de risco, do usuário/dependente torna-o vulnerável e dificulta a sua adesão ao tratamento, com necessidades de abordagens mais intensivas e apropriadas a cada fase terapêutica. Além disso, o não reconhecimento do consumo pelo dependente como um problema de saúde e ordem social atrapalha a busca e a permanência no tratamento.

5 O Programa Nacional de Combate às Drogas: valorização da redução de danos e desvalorização da punição dos usuários e dependentes

A partir do século XX, o uso indevido de drogas e suas consequências socioeconômicas tornaram-se assunto de discussão nas agendas internacionais e nos encontros dos representantes políticos de todo o globo. Durante todo esse tempo, as estratégias mais repressivas quanto ao controle de drogas foram sendo, aos poucos, equilibradas com ideologias inovadoras voltadas à saúde e à redução da demanda de entorpecentes.

O Brasil, ao ratificar as convenções internacionais sobre drogas – como a Convenção única sobre Entorpecentes (1961), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas (1988) – e ao se envolver com a *Declaração dos Princípios Orientadores da Redução da Demanda* (1988), demonstrou um alinhamento às diretrizes internacionais que preconizam aspectos não só de segurança pública, mas também de promoção à saúde e tratamento clínico dos dependentes.

O tráfico ilícito de drogas e o uso indevido destas são considerados um problema de ordem internacional, um mal que ameaça as estruturas dos Estados, afeta seus valores políticos, sociais, culturais e econômicos, representa uma mazela no mundo contemporâneo. Nesse panorama, o Brasil é parte em 25 acordos internacionais de cooperação sobre drogas.

Em junho de 1998, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas. Em 2002, a Política Nacional Antidrogas, atualizada em 2006, a qual destaca o país no cenário mundial pela abordagem e ideologia voltadas à prevenção, atenção e reinserção social do usuário de entorpecentes e, principalmente, pelo distanciamento e distinção do tratamento dado pela legislação ao usuário e ao traficante de drogas.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) foi criada pela Medida Provisória nº 1.669 e pelo Decreto nº 2.632, ambos de 1998. É subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, órgão ligado ao Poder Executivo. De acordo com a legislação em vigor (Lei nº 11.343/2006), são competências da Senad:

Exercer a secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD; articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. (SENAD ONLINE, disponível em: <http://www.senad.gov.br/informacoes_institucionais/informacoes_institucionais.html>)

Em 23/8/2006, ao ser promulgada, a nova Lei Antidrogas instituiu o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (Sisnad), prescrevendo medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de dependentes e usuários de drogas; prevenindo diretrizes e normas para a prevenção do uso e repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de entorpecentes; e diferenciando, pela primeira vez, o usuário do traficante de drogas, inovação de suma importância no cenário jurídico nacional.

De acordo com o art. 3º da Lei nº 11.343/2006, o Sisnad tem a finalidade de integrar, articular, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso impróprio e as políticas de reinserção social e atenção aos usuários e dependentes químicos, bem como reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de entorpecentes.

A nova legislação em vigor objetiva contribuir para a inclusão social do cidadão, no intuito de torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, o tráfico e outros comportamentos correlacionados. Contribui, desse modo, para construir e socializar o conhecimento sobre entorpecentes no país. Além disso, orienta no sentido de promover a integração entre as políticas nacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de dependentes com as de repressão à produção ilegal e ao tráfico de drogas, acoplando as ações do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios, de acordo com o princípio da responsabilidade compartilhada.

O art 4º dessa lei cita os princípios norteadores do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. São eles: respeitar os direitos fundamentais da pessoa humana, à diversidade e às especificidades populacionais existentes; promover os valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro; provocar consensos nacionais para o estabelecimento das estratégias de ação do Sisnad; recrudescer a responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade; reconhecer a intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas; e articular com os diversos órgãos do Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como do Ministério Público, visando à cooperação mútua nas ações do Sisnad.

As atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes químicos, com base na legislação em comento, direcionam-se à redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e à promoção e fortalecimento dos fatores de proteção da sociedade. Nesse contexto, as políticas públicas de redução do consumo norteiam-se em reconhecer o uso indevido de drogas como fator de interferência negativa na qualidade de vida do indivíduo, bem como dirigem tratamento especial às parcelas mais vulneráveis da população. Ademais, o investimento em atividades esportivas, culturais e artísticas, como formas de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida, evita preconceitos e estigmatização da coletividade, assim como ajuda na prevenção e no tratamento clínico de usuários e dependentes.

Além do mais, as ações que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas foram introduzidas pelo Sisnad, constituindo atividades de reinserção social do usuário ou do dependente químico e respectivos familiares. Tais atividades orientam-se no respeito aos atores sociais participantes desse cenário, observados os princípios da dignidade da pessoa humana, do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social. As instituições sociais sem fins lucrativos, atuantes nas áreas da saúde e assistência social, que atendam a esse público alvo, de acordo com o art. 25 da Lei nº 11.343/2006, poderão receber recursos do Fundo Nacional Antidrogas, previsão baseada no caráter assistencialista da legislação em vigor.

O Sisnad tem como órgão maior o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad), um órgão normativo e colegiado, de deliberações coletivas, vinculado ao gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o preside. É composto por representantes de instituições públicas e da sociedade relacionados à redução de oferta e demanda de drogas no país. O conselho é responsável por estabelecer as macro-orientações a serem observadas pelos integrantes do Sisnad, desempenhando os papéis políticos-estratégicos de assessorar o presidente da república em prover as orientações globais relativas a diminuir a demanda e oferta de drogas e promover a articulação, integração e organização da ação do Estado.

Além disso, foram criados os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (Ceads) e os Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (Comads). O primeiro tem por finalidade assessorar o governo dos estados; já o segundo atua como instância de assessoramento do governo local e de coordenação das atividades de todas as instituições e entidades municipais. Ambos são responsáveis por promover a articulação, integração e organização do Estado, no intuito de desenvolver as ações referentes à redução da demanda e dos danos causados pela compra e venda de drogas no país.

A Política Nacional sobre Drogas vem sendo tratada com alta prioridade no governo federal, dentro do princípio do compartilhamento das responsabilidades com os governos estaduais e municipais, setor produtivo e atores sociais envolvidos na causa. A orientação e a ideologia adotada é a de que o combate ao uso indevido de drogas exige que não somente o setor público, mas todos os cidadãos brasileiros se conscientizem da magnitude do problema e se mobilizem para atuar de forma efetiva, integrando esforços e maximizando resultados.

Por esse motivo, o Brasil assumiu postura inovadora, concedendo especial atenção à dimensão da redução da demanda de drogas - no entendimento de que somente por meio da prevenção primária é possível alcançar as causas do problema, evitando os primeiros desvios. Nesse aspecto, a educação sistemática dos jovens ajuda a reconhecer os efeitos negativos, individuais e sociais do uso ilícito de entorpecentes. Assim, busca-se conscientizar o usuário quanto ao papel nocivo da droga ao alimentar e custear as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua primordial fonte de recursos.

O aumento do consumo de entorpecentes no país exigiu uma resposta célere do governo, em parceria com a sociedade, na busca de alternativas para responder a essa demanda, por meio de ações efetivas na área de saúde e combate ao tráfico de drogas. Nesta perspectiva, as ações foram fundamentadas pela integração das políticas setoriais com a política nacional sobre drogas, a descentralização destas, o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados ao tema. Desse modo, definiu-se a estratégia de governo em três eixos de atuação: diagnóstico situacional; capacitação e projetos estratégicos.

Por meio de estudos e pesquisas na população geral e na população específica que está em maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas, é realizado diagnóstico situacional sobre o consumo de substâncias ilícitas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes.

Outro eixo de atuação importante é a capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Mediante esses esforços, tem-se permitido a instituição e a articulação de uma ampla rede de proteção social, formada por conselheiros municipais, educadores, profissionais das áreas de saúde, de segurança pública, entre outros.

Por último, a implantação de projetos estratégicos de alcance nacional, como eixo de atuação para o combate do aumento do consumo de drogas ilícitas no Brasil, ampliou o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. O país, além de exercer seu papel internamente, no cenário internacional participa dos principais fóruns de discussão sobre o tema e fomenta a cooperação por meio de acordos com órgãos internacionais e com países de todo o planeta.

5.1 Da política de prevenção

As diretrizes da nova política, no que concernem às ações de prevenção, reforçam o caráter da responsabilidade compartilhada e da descentralização da execução. A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.

A execução dessa política deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos conselhos estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada.

Deve adequar-se às peculiaridades locais e priorizar as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico.

As ações preventivas devem ser orientadas com base nos princípios éticos e da pluralidade cultural, promovendo os valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e à valorização das relações familiares. Além disso, tais ações devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, ao incentivo à educação para a vida saudável, ao acesso a bens culturais, à socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, à participação da escola e da sociedade na promoção e divulgação de tais ações.

É de suma importância socializar o conhecimento sobre drogas, visto que a correta informação e o conhecimento dos danos à saúde física e psíquica causados pelo consumo indevido, principalmente o *crack*, tornam o usuário/dependente ciente dos malefícios advindos de tal conduta, bem como sugerem uma diminuição das taxas de vício na sociedade. A prevenção está ligada ao estudo científico das ações nocivas da droga no organismo, do impacto social causado pelo consumo e tráfico e da ampla divulgação - pela família, escola e meios de comunicação das diretrizes - da política sobre drogas.

Por meio da promoção, estímulo e apoio da capacitação dos profissionais, e do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, ampliam-se as redes sociais, proporcionando o desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção. Outra medida é fundamentar as campanhas e programas de prevenção nas pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

Nas redes públicas e particulares de ensino, propõe-se a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas. A escola é um importante ambiente de prevenção, já que se mostra um espaço bastante vulnerável.

No ambiente de trabalho, deve-se priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseada no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

5.2 Da política de tratamento e saúde pública

A nova política determina a promoção e garantia de articulação e integração em todo o território nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos, elevando a importância do Sistema Único de Saúde e da necessidade de se ampliar e adequar o número de unidades de tratamento a uma maior capacidade de atender tais pacientes.

A lei determina a responsabilidade do Ministério da Saúde nessa questão, destacando o papel dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), órgãos de atendimento a usuários, dependentes e suas respectivas famílias, promovendo um leque de atividades de tratamento e ressocialização.

O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (leia-se: os usuários, os dependentes, os familiares e as populações específicas) possa assumir, com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais e pelas entidades privadas.

As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas às pesquisas científicas, avaliando e multiplicando as que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos para a realização dessas pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.

Na etapa da recuperação, devem ser adotadas ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição e importância no rompimento do ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais.

No Orçamento Geral da União, devem ser previstas dotações orçamentárias - em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas -, a serem distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a execução das ações do programa.

De suma importância é garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas, composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico, para a execução das medidas de tratamento e recuperação dos enfermos.

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intrasetorial, visando a reduzir os riscos, as consequências adversas e os danos à pessoa, à família e à sociedade.

A Constituição Federal, no art. 196, prevê que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Logo, a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196, é entendida como uma medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, sendo direito de todos e dever do Estado a sua garantia.

Por fim, deve-se dar maior assistência às crianças e adolescentes, assegurando o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o sistema de garantia de direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/1990).

5.3 Da política de redução de oferta

A Política Nacional sobre Drogas, no que diz respeito à redução de oferta, é controlada pelo Ministério da Justiça, através do Departamento de Polícia Federal no

âmbito nacional. Já o controle da oferta nos estados, especialmente o combate ao tráfico de varejo, está a cargo das polícias civil e militar.

Além disso, determina a redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde. A política afirma que “ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior [...] e pelo desmantelamento das organizações criminosas” (CHAGAS; VENTURA, 2009).

Uma diretriz de grande importância é a capacitação dos profissionais da Segurança Pública, do Judiciário e do Ministério Público nas áreas de prevenção e repressão. A política de redução de oferta aponta para a necessidade de “interação permanente com o Poder Judiciário e Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, visando agilizar a implementação da tutela cautelar, com o objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos”.

5.4 O Fundo Nacional Antidrogas - Funad

O Funad é gerido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Os recursos são oriundos das dotações orçamentárias específicas estabelecidas pela União, de doações da sociedade civil e de recursos de qualquer bem de valor econômico, apreendido em decorrência do tráfico de drogas ou utilizado em atividades ilícitas de produção ou comercialização dos entorpecentes, após decisão judicial ou administrativa tomada em caráter definitivo.

Com o advento da Lei nº 7.560/1986, definiu-se o poder-dever do Estado de promover a venda de bens e/ou a apropriação de valores apreendidos em decorrência do tráfico de drogas, ou adquiridos com recursos provenientes desse crime, e incorporar os recursos obtidos ao Funad, bem como destiná-los ao desenvolvimento, à implementação e à execução de ações, programas e atividades de repressão, de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes químicos.

5.5 O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - Obid

O Obid é um órgão da estrutura do Governo Federal, vinculado à Senad, que tem como objetivo juntar, manter e analisar dados referentes a drogas lícitas e ilícitas, que permitam gerenciar uma rede de conhecimentos sobre o uso indevido de drogas, disponibilizando informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras.

Desse modo, o observatório contribui para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social dos atores sociais deste cenário e para a criação de modelos de intervenção, com base nas necessidades específicas dos diferentes públicos-alvos, respeitando suas diversidades socioculturais.

5.6 A resposta penal direcionada aos usuários e dependentes químicos, distinta do tratamento dado aos traficantes, com base na Lei nº 11.343/2006: problema médico x policial

A toxicomania, como explicado anteriormente, constitui grave problema social e exige ação eficiente do Estado. Tal expressão é geralmente utilizada para caracterizar um desajuste da personalidade, representando, dessa forma, um flagelo social. O recurso às drogas ocorre, em regra, em casos de debilidade mental e graves defeitos de caráter, constituindo processo de fuga diante dos problemas e dificuldades advindos da vida em sociedade.

Para explicar a toxicomania, vale citar os ensinamentos do dr. Charles Winick:

Em todos os casos, a droga preenche uma função específica na economia da personalidade do indivíduo, e é essa função que fica na economia da personalidade do indivíduo, e é essa função que determina o quanto é difícil para o viciado abandonar a droga. O viciado está atendendo a problemas de personalidades subjacentes de grande complexidade. (WINICK, 1963, p. 49)

Ainda nesse sentido, “pessoas psiquiatricamente estáveis, que acidentalmente se tornam viciadas, representam uma pequena percentagem da população total de viciados” (WINICK, 1963, p. 49).

Nesse entendimento, a atual legislação brasileira sobre drogas não iguala mais o usuário e o dependente com o traficante de drogas. Com o devido distanciamento entre ambos, atenua as condutas dos primeiros, extinguindo a cominação de pena privativa de liberdade, e agrava a situação penal do último e dos agentes responsáveis pela disseminação das drogas, com o aumento da pena mínima privativa de liberdade para os respectivos crimes.

Surge, com isso, uma nova orientação legislativa, qual seja: não igualar mais o dependente com o delinquente, prevendo medidas educativas, de tratamento ambulatorial e de reinserção ao convívio social para o usuário. Com isso, não mais possibilita a prisão dos dependentes químicos.

Desse modo, a nova Lei Antidrogas veda a detenção do agente. A legislação afastou a atuação policial nos casos de usuários e dependentes de drogas. Ou seja: ele deve ser conduzido, preferencialmente, ao juiz. Portanto, somente na falta deste deve ser encaminhado à Delegacia de Polícia para elaboração do termo circunstanciado. A finalidade do legislador foi afastar ao máximo o usuário ou dependente das delegacias, evitando-se estigmatizá-los. Essa concepção se enquadra no espírito que permeia na política nacional sobre drogas, de separar rigidamente o toxicômano e o traficante, tratando-os de maneira diversa. Assim, apenas ao segundo se reservaria o espaço dos estabelecimentos prisionais.

A doutrina pátria discute se o art. 28 da Lei nº 11.343/2006 deixou de criminalizar a conduta do uso da droga, entendendo que o artigo contempla uma infração *sui generis*. Assim é a posição de Luiz Flávio Gomes que alega, para tanto, a interpretação do

art. 1º da Lei de Introdução ao Código Penal: “considera-se crime a infração penal a que a lei comine pena de reclusão ou detenção”. Sendo assim, como o art. 28 não comina pena privativa de liberdade, o doutrinador considera sua descriminalização.

Por outro lado, outros juristas seguem o caminho da despenalização, já que, entre as medidas educativas apresentadas no art. 28, está prevista uma pena restritiva de direitos - a prestação de serviços à comunidade. Para Isaac Sabbá Guimarães (2007, p. 44-47), houve uma inclusão de um *tertium genus* de pena. Dessa forma, manteve-se o crime, erigindo apenas um sistema punitivo mais brando.

De qualquer sorte, o beneficiado é o usuário ou dependente de drogas que passou a ser tratado como um doente, de acordo com a nova política pública sobre entorpecentes, e não mais como um criminoso. Assim, busca-se, de logo, aplicar medidas educativas para os comportamentos toxicômanos.

Analisando-se a lei anterior (Lei nº 6.368/76), que previa a pena do usuário de droga em detenção de seis meses a dois anos, traduzindo o fundamento da penalização e da conduta criminosa, esta não encontrava embasamento nos princípios e normas garantidas na Constituição de 1988. A lei ancestral, ao tratar do usuário, estabelecia a proteção do bem jurídico (saúde pública) em detrimento do direito fundamental à liberdade e privacidade do indivíduo; não havia, dessa forma, compatibilidade entre a norma infraconstitucional e a Carta Política.

Com a inovação trazida pela nova Lei Antidrogas, a posse e uso de drogas para o consumo pessoal deixou de ser “crime”, pois as sanções impostas a essa conduta (advertência, prestação de serviços à comunidade e comparecimento a programas socioeducativos - art. 28) não conduzem a nenhum tipo de prisão. Assim, retirou-lhe a etiqueta de “infração penal”. Destarte, a natureza jurídica do artigo analisado é de medida despenalizadora mista, eis que o legislador optou por adotar medidas educativas. Duas delas afastam por completo a aplicação de pena - por isso são chamadas de medidas despenalizadoras próprias ou típicas; e a outra, uma medida despenalizadora imprópria ou atípica, pois, embora objetive evitar a prisão, impinge ao usuário uma pena restritiva de direitos (prestação de serviços à comunidade).

Analisando as tendências mundiais de políticas criminais relacionadas com as drogas, hoje, existem quatro modalidades. A primeira é o modelo norte-americano, que prega a abstinência e a tolerância zero, entendendo como um problema policial e individualmente militar o consumo de drogas, adotando o encarceramento dos viciados. A segunda tendência é o modelo liberal radical - ou seja, liberalização total. Já a terceira corrente seria o sistema europeu de redução de danos. Dessa forma, há a busca gradual da descriminalização da conduta, adotando uma política de controle educacional, sendo a questão tratada como um problema de saúde pública. A quarta e última política é a justiça restaurativa, que centra sua atenção no tratamento, e propõe, assim, uma disseminação dos cuidados do usuário ou dependente.

Atualmente, discute-se com clamor a descriminalização do uso de drogas no país. Para Luiz Flávio Gomes:

Não há outro rumo mais lúcido e racional que descriminalizar as drogas, isto é, retirar do Direito Penal algumas condutas, reservando-o para o mínimo necessário. Não se trata de legalizá-las, sim, controlá-las. Vários países nos últimos anos deixaram de punir o porte para o consumo de determinadas drogas (Holanda, Portugal, Suíça, Espanha), preferindo a política de redução de danos para a sociedade, para o próprio usuário e sua família. [...] Prevenção é prioridade. (GOMES, p. 101, 2006)

Por outro lado, no que tange à posse e consumo de *crack* no Brasil, não seria favorável para a Política Nacional Sobre Drogas uma posição liberal, ou seja: legalização e controle. Os malefícios que trazem a dependência dessa droga e sua conexão com a prática de outros crimes – quase sempre para sustentar o vício – aumentariam as taxas de uso, dependência e violência nas cidades brasileiras. Atualmente, o *crack* deve ser tratado com rigor, combatendo-se a elevação dos índices de toxicomania e reduzindo os riscos e acesso ao entorpecente. As políticas públicas de segurança, no que dizem respeito ao tráfico ilícito de *crack*, devem agir com severidade para combater o varejo dessa substância e as áreas de consumo, conhecidas popularmente como “Craçolândia”.

Diante o exposto, o Estado passou a tratar o consumo como um problema de saúde pública, buscando-se reduzir os danos. A lei aplica ao usuário medidas educativas, não mais o privando de liberdade. Dessa forma, não se cogita mais a propositura de inquérito policial, mas sim, do termo circunstanciado, que deve ser encaminhado ao Juizado Especial Criminal para processamento pelo juiz, cabendo ao Poder Judiciário aplicar as medidas socioeducativas previstas no art. 28 da Lei nº 11.343/2006 à luz das políticas educacionais e extinguir leis anacrônicas e severas, que visavam a devolver o mal praticado.

6 Conclusão

O abuso de drogas é, sem dúvida, um problema de ordem global. O consumo de *crack* subentende-se numa “viagem sem retorno”. Neste trabalho, foram abordados todos os malefícios que o entorpecente pode causar no usuário, entendendo-se que, somente através da conscientização sobre estes efeitos, é que se faz a melhor prevenção. Não podemos idealizar que, um dia, as drogas vão sumir da face da Terra, mas podemos criar habilidades para os possíveis dependentes resistirem à administração e não embarcarem nessa “viagem” perdida. É necessária a participação de toda a sociedade e dos sistemas de governo, no sentido de cada um buscar dentro de si a solução para esse problema, que tem afetado ricos, pobres, intelectuais e analfabetos.

Neste contexto, a Política Nacional sobre Drogas introduziu um projeto de prevenção ao uso indevido, ao prevenir sem reprimir. As diretrizes e normas instituídas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, prescrevendo medidas para a prevenção, atenção e ressocialização dos usuários e/ou dependentes, respeitam os princípios fundamentais da pessoa humana e do acesso dos cidadãos à saúde.

Além disso, as ações de repressão e redução da oferta de drogas na sociedade brasileira – precisamente, o tráfico ilícito de entorpecentes – coadunam-se com as ações globais de combate ao narcotráfico, investindo em estratégias dinâmicas e objetivas

para o alcance significativo de resultados. Finalmente, cito o pensamento do jurista, filósofo e, sobretudo, humanista Cesare Beccaria:

É preferível prevenir os delitos a ter de puni-los; e todo legislador sábio deve antes procurar impedir o mal que repará-lo, pois uma boa legislação não é mais do que a arte de proporcionar aos homens a maior soma de bem-estar possível e livrá-los de todos os pesares que se lhes possam causar, conforme o cálculo dos bens e dos males desta existência. (BECCARIA, 2007, p. 101)

Assim, exemplifica-se o tratamento penal dados aos usuários, introduzido pela Lei nº 11.343/2006, ao aplicar penas alternativas de caráter educacionais, e não mais privar de liberdade o toxicômano.

CRACK, THE REFUGE OF DESPERATE, UNDER THE LIGHT OF THE NATIONAL PROGRAM TO COMBAT DRUGS

ABSTRACT: This text is based on the orientation of social actors who participate in the setting of prevention, treatment, harm reduction and social rehabilitation of users and addicts *crack* for the harm that drugs cause in the body and in contemporary society, examining factors that favor the addiction of the users, under the approaches biological, psychological and sociocultural as well as demonstrate the socio-demographic and usage patterns of this "social illness". Moreover, talks about the National Programme for Combating Drugs, an innovation that enhanced the legislative policy of harm reduction and devalued the punishment of users and addicts. Finally, it expounds the legal doctrine on the criminalization of the possession and consumption of drugs in the country and the innovations introduced by Law n. 11,343/2006.

KEYWORDS: Crack. Addictive. Users. Public policy. Law n. 11,343/2006.

Referências

BECCARIA, Cesare. *Dos delitos e das penas*. Coimbra: Almedina, 2007.

BRASIL. *Lei nº 11.343/2006*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 19 abr. 2010.

CARLINI, E. A. et al. *Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas*. Brasília: Cebrid, 2004.

CHAGAS, Fernanda G. L.; VENTURA, Carla Aparecida. *Política Nacional sobre Drogas e o processo de alinhamento ao Sistema Internacional de Controle de Drogas*. Disponível em: <<http://www.usp.br/siicusp/Resumos/17Siicusp/resumos/5202.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2010.

DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*. Disponível em: <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2010.

GOMES, Luiz Flávio (Org.). *Nova Lei de Drogas comentada: Lei nº 11.343, de 23/8/2006*. São Paulo: RT, 2006.

GUIMARÃES, Isaac Sabbá. A nova orientação político-criminal para o crime do uso de droga. *Revista CEJ*, Brasília, ano XI, n. 37, p. 44-47, abr./jun. 2007.

GRAEFF, Frederico G.; GUIMARÃES, Francisco S. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, 2005.

LEITE, Marcos da Costa et al. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. Disponível em: <www.obid.gov.br>. Acesso em: 19 abr. 2010.

OUTEIRAL, José. *Adolescer: estudos revisados sobre adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. Disponível em: <www.senad.gov.br>. Acesso em: 19 abr. 2010.

TULLER, N. G. P.; ROSA, D. T. M.; MENEGATI, R. P. Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. *Iniciação Científica*. Cesumar. v. 9, p. 153-161, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewFile/556/471>>. Acesso em: 17 abr. 2010.

WINICK, Charles. *The Addict Psychology, in The Addict*. Nova York, 1963.