



**RATIO – FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**Laudenir Ricardo da Silva**

**TÍTULO**  
**DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS NA ADOLESCÊNCIA**

**Fortaleza – CE**

**2019**



Monografia submetida à aprovação do curso de PSICOLOGIA, pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, como requisito parcial para a obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Roberta Maria de Albuquerque Sá

Fortaleza – CE

2019

Laudenir Ricardo da Silva

## DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS NA ADOLESCÊNCIA

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de BACHAREL EM PSICOLOGIA, outorgado pela Ratio - Faculdade Teológica e Filosófica, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: -----/-----/-----

### Banca Examinadora

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Roberta Maria de Albuquerque Sá

Orientador ( a )

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucili Granjeiro Cortez  
(Convidada)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vizângela Paula Sandy Mendes  
(Convidada)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, que sempre tem me dado forças para continuar seguindo essa trajetória de confiança e dedicação no estudo para a minha formação.

À minha família, que sempre está ao meu lado, que me apoia em todas as minhas decisões, que torce muito pelo meu sucesso.

Aos meus filhos João Victor Sales da Silva e Laudiermeson da Costa Ricardo, que sempre tem me dado apoio e me auxiliado em vários momentos da realização deste trabalho, e compreendido a minha ausência algumas vezes por estar voltada à conclusão dessa monografia.

À minha orientadora, que sempre se mostrou disposta a me ajudar, com sua paciência e destreza de mestre.

“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais; somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos.

Sigmund Freud

## RESUMO

O consumo de substâncias psicoativas ocorre desde os primórdios da civilização. Inicialmente, o homem recorria a produtos naturais, e eram poucas as variações dos tipos de drogas, o que se alterava na verdade era a maneira de usar e as motivações que levam a isto. A evolução da sociedade e o desenvolvimento de novas tecnologias, entretanto, acabaram por contribuir para o surgimento de drogas cada vez mais potentes e, com grande poder de dependência, dentre elas, pode-se destacar o crack. Atualmente no Brasil, o uso de crack tem crescido de forma desenfreada. Tal fenômeno ganhou grande visibilidade e tem se tornado um problema social e de saúde pública. Especialmente porque há, por parte dos dependentes dessa substância, uma quebra de vínculos sociais e comunitários, com conseqüente comprometimento das relações familiares e sociais. Sendo assim, o presente trabalho busca responder aos seguintes questionamentos: qual a percepção dos indivíduos sobre o processo de Reinserção Social? Qual a contribuição deste modelo de tratamento para processo de Reinserção Social? Quais dificuldades que envolvem o processo de Reinserção? Tem-se como objetivo geral conhecer as perspectivas dos usuários de crack em tratamento na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas, no que concerne ao processo de reinserção social. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e bibliográfica. Para atingir o objetivo proposto, recorreu-se a entrevistas semiestruturadas, as quais foram, posteriormente, analisadas em paralelo com a literatura pertinente ao tema. A amostra foi composta de quatro residentes do sexo masculino, em tratamento residencial na comunidade em questão. Conclui-se que o processo de reinserção social é lento e perpassa por várias etapas.

**Palavras-chave:** Drogas. Dependência química. Reinserção.

## ABSTRACT

The consumption of psychoactive substances occurs from the beginnings of civilization. Initially, the man relied on natural products, and there were few variations of the types of drugs, what actually changed was the way of using and the motivations that lead to this. The evolution of society and the development of new technologies, however, eventually contributed to the emergence of increasingly powerful drugs and, with a great power of dependence, among them, crack can be highlighted. Currently in Brazil, the use of crack has grown uncontrollably. This phenomenon has gained great visibility and has become a social and public health problem. Especially because there are, on the part of the dependents of this substance, a breakdown of social and community bonds, with consequent compromise of family and social relations. Thus, the present work seeks to answer the following questions: what is the perception of individuals about the process of Social Reinsertion? What is the contribution of this treatment model to the process of Social Reinsertion? What are the difficulties involved in the Reinsertion process? It has as general objective to know the perspectives of users of crack in treatment in the Therapeutic Community Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas, in what concerns the process of social reintegration. This is one of a qualitative, descriptive and bibliographical research. In order to reach the proposed objective, semi-structured interviews were used, which were later analyzed in parallel with the relevant literature. The sample consisted of four male residents in residential treatment in the Community concerned. It is concluded that the process of social reintegration is slow and goes through several stages.

**Keywords:** Drugs. Chemical dependency. Reinsertion.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1:</b> TONELADAS PRODUZIDAS E 2007 .....	29
<b>GRÁFICO 2:</b> NÚMERO DE CONSUMIDORES POR TIPO DE DROGAS.....	31
<b>GRÁFICO 3:</b> PREVALÊNCIA DO ABUSO DE DROGAS. ....	36
<b>GRÁFICO 4:</b> PERCENTUAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA QUE ADMITE TER FEITO O USO DE DROGA. ....	38
<b>GRÁFICO 5:</b> JOVENS DE “CLASSE A”.....	39
<b>GRÁFICO 6:</b> CONSUMO DE DROGAS POR ADOLESCENTES POR CLASSE SOCIAL (%). ....	40
<b>GRÁFICO 7:</b> TRÁFICO DE DROGAS NO AMBIENTE ESCOLAR .....	42
<b>GRÁFICO 8:</b> CAUSAS DA INTERNAÇÃO.....	42
<b>GRÁFICO 9:</b> CUSTOS DA VIOLÊNCIA E CRIMINALIDADE EM RELAÇÃO AO PIB MUNICIPAL.....	44

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO E DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1 Detenção e análise da demanda.....	12
1.2 Criação do grupo de intervenção comunitária ou uma comissão municipal .....	13
<b>2. DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.....</b>	<b>14</b>
<b>3. A PROIBIÇÃO DAS DROGAS ILÍCITAS.....</b>	<b>16</b>
3.1 O álcool .....	17
3.2 A morfina .....	22
<b>4. OS NÚMEROS RELACIONADOS ÀS DROGAS ILÍCITAS NO BRASIL .....</b>	<b>29</b>
<b>5. PESQUISAS E RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
5.1 Demanda por drogas ilícitas no Brasil .....	37
<b>6. OS MAIORES CONSUMIDORES DE DROGAS .....</b>	<b>38</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>51</b>

## INTRODUÇÃO

O uso ilícito de drogas nos últimos anos tem aumentado num ritmo alarmante e tem ultrapassado todas as fronteiras sociais, econômicas, políticas e nacionais. Esse aumento pode ser atribuído a vários fatores, entre os que figuram a falta de informação fidedigna sobre os perigos a longo e curto prazo do consumo de drogas; ao caráter limitado das atividades preventivas (quase que inexistentes em nosso país), e a falta de consciência sobre a magnitude do problema dos estupefacientes. Os problemas do uso indevido de drogas têm sido descritos como um excesso de consciência nos jovens e uma falta de consciência entre os adultos.

A prevenção do uso indevido de drogas – mediante a sensibilização, a educação e a ação – é fundamental para lograr deter o uso indevido de drogas e a criminalidade associada à mesma. Para aquelas pessoas que se iniciaram no uso indevido de drogas, a educação brinda um caminho para uma intervenção e um tratamento com êxito, para sensibilizá-las sobre os riscos e perigos do uso indevido e continuado de drogas, e lhes ajuda a deixar seu uso.

Nos Estados Unidos da América, George Gallup fez uma pesquisa e pediu aos adolescentes que mencionasse qual era a principal ameaça para sua geração. A resposta foi à seguinte: 1) O abuso de drogas - 35% ; 2) O desemprego -16%; 3) O abuso do álcool; 4) A pressão dos amigos.

Agora perguntamos: Por que um perigo de tamanha magnitude comumente é ignorado? As respostas não são fáceis. Primeiro, a maioria dos milhares de famílias que terão problemas por primeira vez este ano, experimentarão a tragédia em silêncio, crendo que é o resultado de suas falhas pessoais e uma experiência vergonhosa e exclusiva. Segundo, muitas das principais opiniões médicas e políticas de nosso país, especialmente a comunidade intelectual, têm escrito sobre o problema das drogas como um assunto social curioso que deve ser relegado ao setor direitista de nossa sociedade. Terceiro, o uso de drogas é tão comum que é difícil assimilar a devastação que está causando, visto que temos a tendência de perder o medo a qualquer coisa que vemos diariamente. Acostumamo-nos. Quarto, os problemas causados pela droga, tais como acidentes automobilísticos ou mortes por sobre dose, em muitos casos, ocorrem depois de muito tempo de usar drogas.

Além disso, desde a perspectiva do usuário, estes problemas são incertos e imprevisíveis.

Se todos os usuários de cocaína tivessem uma sobre dose fatal com pouco tempo de uso da droga, essa droga desapareceria. Se qualquer bebedor (alcoólatra) sofresse uma cirrose do fígado em poucas semanas de haver começado a beber, se terminaria com o uso das bebidas alcoólicas. Porém, para o usuário de cocaína ou outra droga, uma morte por sobre dose é imprevisível, retardada e não tão comum. A mesma coisa com respeito à cirrose. É um problema que pode acontecer com o outro, não conosco.

E quinto, por último, existem muitos dependentes de drogas que parecem "seguir em frente". Usam drogas, desde heroína ao álcool, aparentemente sem efeitos negativos. Quer seja que estes indivíduos representem a maioria ou uma pequena minoria de todos os usuários, este grupo, aparentemente invulnerável, exerce uma poderosa atração para os potenciais usuários; sustentam a esperança de uma "viagem segura".

Portanto, a importância do tema abordado reside na necessidade de se discutir o real efeito que a legalização das drogas ilícitas traria para a sociedade como um todo, principalmente no aspecto econômico, sem deixar de lado o aspecto social. Deste modo, a elaboração de um estudo como este é de grande importância, pois tentará demonstrar ou trazer para debate algo que se apresenta à sociedade muito mais sobre a forma de "tabu social" do que sobre os reais efeitos das drogas ilícitas. Por fim, este trabalho foi motivado pela necessidade de se esclarecer alguns pontos que cercam o 'mundo das drogas ilícitas', tentando demonstrar o porquê de sua legalização ser ainda um "tabu" em virtude de a proibição trazer muito mais prejuízo do que a legalização.

Desta maneira, do ponto de vista da estigmatização e do estereótipo se torna mais simples para os órgãos de combate e de repressão nomear todo e qualquer tipo de substância proibida como "droga". Isso torna a nomenclatura uma relação de fácil abstração e assimilação popular, onde até mesmo o substantivo 'droga' serve para adjetivar o consumidor ou usuário frequente como 'drogado'.

## 1. ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO E DE INTERVENÇÃO

A estratégia geral da prevenção de recaídas consiste em ajudar os dependentes de drogas em situação de crise a ir mais além de um simples raciocínio intelectual de recaída, a conseguir uma aceitação interior do problema que lhes afeta e de suas implicações em diferentes níveis (pessoal, familiar, interpessoal, etc.). Essa é uma tarefa difícil, cujo êxito na sua execução pode ser determinante para que as estratégias de avaliação e de intervenção cheguem a incidir no processo de recuperação de cada paciente, produzindo mudanças duradouras e estáveis em seu processo de abstinência e de mudança de estilo de vida.

A aceitação dos deslizes ou recaídas, pelo paciente, facilita a abertura e a possibilidade de utilizar as estratégias da prevenção de recaída com a finalidade de alcançar um maior compromisso por manter a abstinência e logros terapêuticos. Não se deve nunca perder de vista a possibilidade de recaída que tem estes indivíduos, não importa quanto tempo tenham estado em abstinência, quão motivados estejam e quão estáveis parece ser seu processo de recuperação. Ao longo dos anos de recuperação, a vulnerabilidade à recaída diminui de forma gradual, porém nunca desaparece por completo.

No fundo, independente dos procedimentos de avaliação e intervenção em prevenção de recaídas se mantém o objetivo de alcançar uma mudança significativa no estilo de vida, nas atitudes, nos valores, na forma de pensar em si mesmo e no mundo, e como afrontar e solucionar os problemas no seu dia a dia. Como indica alguns autores, a recuperação terapêutica de um dependente de drogas quase nunca segue um processo linear, e sim é fragmentado, circular ou em espiral.

A realização de programas de intervenção comunitária adota uma grande variedade devido às diversidades de enfoques e áreas que conformam uma comunidade. É por isso que a aproximação metodológica poderá variar segundo a infra-estrutura, ideologia, nível de preparação, de compromisso e de dedicação existente em cada comunidade. Porém, é exatamente nesta variedade onde radica a riqueza e a criatividade das atuações comunitárias.

Por isso, longe de pretender dar uma normativa universal, o profissional ou grupo que leve adiante qualquer programa fará bem em atender o que lhe oferecem

as peculiaridades locais. Ao mesmo tempo, levaremos em consideração como o regionalismo e a necessidade de um contato direto com os protagonistas e com toda a dinâmica comunitária, pode fazer perder a perspectiva necessária para tratar de conseguir uns objetivos e buscar uma metodologia adequada.

### 1.1 Detecção e análise da demanda

Supõe valorizar quem é o demandante e quais as parcelas de implicação e continuidade que podem ser asseguradas. Pretendemos, venha de onde vier a demanda (Assistente Social, Associações, Igreja, etc), que se chegue a um compromisso com a Associação ou responsável administrativos do setor de onde surgiu a demanda, para poder assegurar a gestão, desenvolvimento e continuidade do programa. Por outro lado, se torna muito mais fácil conseguir o envolvimento de muitos mais setores da comunidade se for possível contar com um apoio político e administrativo.

Também se supõe analisar a demanda nos seus dois níveis, explícito e latente. Desta forma, será possível formular as respostas adequadas, e caso seja necessário, reformular a demanda. É fundamental analisar e averiguar o que é o que esperam não só do programa, mas também da equipe de profissionais ou técnicos.

É Comum acontecer que, depois de feita a demanda, há uma tendência de delegar nos profissionais o trabalho de programas as intervenções, propor soluções, em definitiva a colocação em marcha e desenvolvimento do programa. O profissional deve intervir para utilizar esta posição de saber em que se encontra para, sem cair na armadilha, passar a explicar aos outros o que têm que fazer, mas deve promover encontros, onde um grupo amplo reflexione sobre o que se pode fazer. O saber técnico do profissional, às vezes, tem que passar, pelo menos aparentemente, a um plano secundário, para não interferir no posicionamento ativo das outras pessoas que intervém, e que não são profissionais.

## 1.2 Criação do Grupo de Intervenção comunitária ou uma Comissão Municipal

Para a materialização, gestão e desenvolvimento do programa serão convenientes e práticos criar um grupo estável que assuma uma série de responsabilidades concretas, que permitam a colocação em marcha e assegurem a continuidade do programa. De todos os modos, não é prioritária sua constituição oficial e é bom esperar até que sua formação se dê de forma natural. Enquanto isso, pode ir funcionando mantendo reuniões informais.

O ideal seria que esse grupo estivesse formado por representantes das forças vivas da comunidade (Chefes de Setor, Assistente Social, Igreja, Associações de Pais de alunos, Professores e Organizações que existam na área, médicos, Clubes esportivos, etc.). Entretanto é importante considerar que um grupo muito grande pode ser uma dificuldade para trabalhar, principalmente no início. Em todo momento, o número de integrantes desta comissão respeitará os critérios da operação do projeto.

A equipe de profissionais se encarregará de dirigir ou dar supervisão na formação técnica necessária deste grupo, através de cursos, em forma de seminários permanentes, e através do labor contínuo de assessoria. Porém, como já dissemos, esta formação sempre estará vinculada à evolução do grupo, sempre com o cuidado de não interferir com o papel ativo que esperamos dos demais componentes do grupo.

## 2.3 Investigação e conhecimento do meio

Uma vez formado o grupo de intervenção comunitária, os profissionais manterão reuniões periódicas com o grupo com a finalidade de pesquisar e estudar a comunidade sobre a qual se vai intervir.

## 2. DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

Drogas lícitas são aquelas permitidas por lei, as quais são compradas praticamente de maneira livre, e seu comércio é legal. Drogas ilícitas são as cuja comercialização é proibida pela justiça, estas também são conhecidas como “drogas pesadas” e causam forte dependência. As drogas ainda se dividem quanto ao seu efeito no organismo humano. Drogas depressoras são as que causam efeitos semelhantes aos da depressão: álcool, cola de sapateiro, loló, lança-perfume, tranquilizantes e remédios para dormir; drogas estimulantes, como o nome diz, causam o aumento da adrenalina, uma sensação de alerta, o aumento dos batimentos cardíacos e podem levar até ao ataque cardíaco. Levam cerca de 15 segundos para chegarem ao cérebro: crack, ecstasy, cocaína, maconha, LSD, etc.; há ainda o grupo dos opiáceos, onde encontra-se a heroína, a qual compromete a maioria das funções do corpo humano. Não falamos aqui do tabaco, do álcool e dos esteróides (bomba), os quais são responsáveis por diversas outras doenças atualmente devido à grande incidência de uso destas drogas.

Com exceção das drogas que são utilizadas para fins medicinais, as demais em nada contribuem para o crescimento e desenvolvimento das pessoas como seres humanos. Além dos prejuízos no âmbito da saúde do indivíduo, que são irreparáveis e muitas vezes incontroláveis, há um prejuízo imensurável no que diz respeito à vida social, familiar, emocional e psicológica da pessoa. Por esse motivo, é preciso uma campanha de conscientização constante, além de ser extremamente necessário o atendimento de famílias carentes para que elas possam ter condições de manterem-se e não caírem em doenças como a depressão que levam naturalmente ao uso das drogas. A condição social do indivíduo é influente e contribui para o uso ou não das drogas, pois na maioria das vezes estas são consideradas uma fuga da realidade que essas pessoas enfrentam, e por isso se torna tão frequente o seu uso.

Um outro fator importante é a formação individual que cada um deve receber enquanto ser humano. Esse é um dos principais motivos de jovens do mundo inteiro recorrerem às drogas, o fato de se sentirem sozinhos ou perdidos, sem muitas experiências de vida e sem boas referências para descobrirem que caminho querem

seguir. Essa batalha não é simples e não se resolve apenas com informações básicas como estas a respeito do uso de drogas, mas já é um começo.

O Brasil, como não poderia deixar de ser diferente, também sofre com essa situação. Uma pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), traz dados alarmantes sobre os hábitos dos adolescentes brasileiros. O trabalho, referente ao ano de 2015, foi realizado com estudantes concluintes do 9º ano em escolas públicas e privadas de todo o país, a maioria entre 13 e 15 anos. Os resultados mostram que o percentual de jovens que já experimentaram bebidas alcoólicas subiu de 50,3%, em 2012, para 55,5% em 2015; já a taxa dos que usaram drogas ilícitas aumentou de 7,3% para 9% no mesmo período.

Também subiu o número dos que relataram a prática de sexo sem preservativos, de 24,7% para 33,8%. Entre as drogas ilícitas, 4,2% dos entrevistados revelaram ter feito uso nos 30 dias que antecederam a pesquisa — um indício que eles fazem uso regular das substâncias, num percentual maior entre os meninos (4,7%) que as garotas (3,7%). O estudo questionou o uso específico da maconha, e 4,1% dos estudantes revelaram terem fumado nos últimos 30 dias antes do preenchimento do questionário. O fato é que o combate às drogas passa pelo fortalecimento da família e, também, do enfraquecimento do tráfico, que usa as nossas fronteiras, com facilidade, para perpetrar seu negócio de morte.

O debate sobre as políticas e investimentos voltados para o problema das drogas tem ganhado maior atenção no Brasil. Leitos públicos de internação para dependentes, campanhas preventivas e centros de apoio às famílias estão entre as principais medidas, adotadas nacionalmente para tentar minimizar as consequências do uso. Apesar dos avanços, o caminho para a contenção do vício esbarra em um fator que parece passar despercebido pelo poder público: o controle do tráfico.

No Brasil, o consumo de cocaína despontou em menos de dez anos, ultrapassando a média mundial, segundo os dados divulgados, na semana passada, pelo Conselho Internacional de Controle de Narcóticos, ligado à Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o levantamento, em 2005, 0,7% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos fazia uso da droga, enquanto, em 2011, o índice de usuários passou para 1,75%, frente à média mundial, que era de 0,4% da população.

### 3. A PROIBIÇÃO DAS DROGAS ILÍCITAS

A proibição das drogas ilícitas tem mais a ver com interesses morais, políticos e econômicos do que com argumentos científicos ou relacionados à saúde pública. Pode-se prender alguém por se dirigir automóveis que expõem gases poluentes para toda população? Pode-se prender alguém por fumar um cigarro após o almoço ou por estar embriagado? A resposta é não. As autoridades justificam a proibição dizendo que é porque faz mal à saúde e utilizam-se do argumento para justificar a proibição da mesma. Como assinala Mena Barreto: “O objeto principal da proteção penal nos crimes de tráfico e uso indevido de drogas ilícitas é a saúde pública”. Segundo a UNDCP, o órgão da ONU dedicado ao controle de drogas psicoativas, “os direitos individuais devem ser compatíveis com a segurança e o bem-estar de toda a comunidade. Nenhum indivíduo tem o direito de se comportar de uma forma que venha a se revelar destrutiva para os demais e para si mesmo”.

Dizem os juristas que cabe ao Estado defender o cidadão deste mal, que a sociedade pode correr perigo se determinado sujeito estiver com a percepção e capacidade de julgamento alterada, além do que um cidadão usuário de drogas ilícitas é potencialmente danoso para a saúde pública e para os cofres públicos. Segundo Jesus (apud ZACCONE, 2007, p. 36) “Realmente, o interesse jurídico concernente à saúde pública, de natureza difusa, não é fictício. Não constitui meramente referência abstrata criada pelo legislador”. É um bem palpável, uma vez que se encontra relacionado a todos os membros da coletividade e a cada um considerado individualmente (...) de modo que, quando lesionados, interferem na vida real de todos os membros da sociedade ou de parte dela antes de haver dano ou perigo de lesão individual.

Resulta que os delitos de tráfico e uso indevido de entorpecentes e drogas afins têm a saúde pública como objeto jurídico principal (imediato), entendida como o estado em que o organismo exerce normalmente todas as suas funções. Então, como justificar o consumo de álcool, cigarro e comidas com alto teor de gordura, que devido aos efeitos colaterais de seu consumo sobrecarregam os hospitais brasileiros com enfartos, cânceres, problemas hepáticos, pulmonares e etc. E a proibição das

drogas psicoativas que tem como principal efeito colateral o narcotráfico e a violência advinda desta atividade.

Em definitivo, a guerra contra as drogas ilícitas é motivada muito mais por fatores raciais, econômicos, políticos e morais do que por argumentos médicos ou científicos. Tem a ver com o preconceito contra as minorias estigmatizadas, como árabes, chineses, mexicanos e negros. Deve muito aos interesses de indústrias poderosas e governos poderosos. Além de estar em sintonia com o moralismo judaico-cristão e principalmente protestante-puritano (ideologia religiosa da maioria branca que detêm o poder econômico e político nos EUA e nos países anglo-saxões), que não aceitam a idéia do prazer sem merecimento. A atuação do poder punitivo nas questões das drogas ilícitas revela historicamente o controle social sobre as 'classes perigosas' através da associação entre determinadas drogas e grupos sociais. Chineses e ópio; irlandeses e álcool; mexicanos e maconha; colombianos e cocaína, chegamos com o fenômeno da globalização, à associação das drogas aos miseráveis, sejam eles pequenos produtores rurais de Pernambuco ou atacadistas das áreas pobres das grandes capitais do país.

Falar em drogas ilícitas é associá-las às favelas. De acordo com o último relatório apresentado pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes sobre a utilização de drogas ilícitas no mundo, 200 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos as utilizaram entre os anos de 2003 e 2004. Dessas, 160 milhões, ou 4 % da população na faixa etária descrita, consumiram maconha. É um aumento de 14 milhões de pessoas em relação ao relatório anterior do ano de 2004.

### 3.1 O álcool

Alcoolismo é a dependência do indivíduo ao álcool, considerada doença pela Organização Mundial da Saúde. O uso constante, descontrolado e progressivo de bebidas alcoólicas pode comprometer seriamente o bom funcionamento do organismo, levando a consequências irreversíveis. A pessoa dependente do álcool,

além de prejudicar a sua própria vida, acaba afetando a sua família, amigos e colegas de trabalho.

O abuso de álcool é diferente do alcoolismo porque não inclui uma vontade incontrolável de beber, perda do controle ou dependência física. E ainda o abuso de álcool tem menos chances de incluir tolerância do que o alcoolismo (a necessidade de aumentar as quantias de álcool para sentir os mesmos efeitos de antes). A palavra alcoolismo é conhecida de todos. Porém, são poucos os que sabem exatamente o seu significado. O alcoolismo, também conhecido como "síndrome da dependência do álcool", é uma doença que se desenvolve após o uso repetido de álcool, tipicamente associado aos seguintes sintomas (que não necessariamente ocorrem juntos):

- Compulsão: uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber
- Dificuldade de controlar o consumo: não conseguir parar de beber depois de ter começado
- Sintomas de abstinência física: náusea, suor, tremores e ansiedade, quando se para de beber
- Tolerância: necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância.
- Você já pensou que deveria diminuir seu consumo de álcool?
- Alguém já te criticou por causa da bebida?
- Você já se sentiu mal ou culpado por beber?
- Você já acordou e a primeira coisa que fez foi beber para se sentir bem?

Mesmo que todas as respostas sejam negativas, recomenda-se que o indivíduo busque a ajuda de profissionais da saúde quando ocorrem situações nas quais o álcool possa influenciar negativamente a rotina, funções acadêmicas e/ou profissionais e as relações pessoais. Apenas um "sim" sugere um possível problema. Em qualquer dos casos, é importante ir ao médico psiquiatra para que um diagnóstico preciso seja realizado. Eles podem ajudar a determinar se você tem ou

não um problema com a bebida, e, se você tiver, poderão recomendar a melhor atitude a ser tomada.

Reconhecer que precisa de ajuda para um problema com álcool talvez não seja fácil. Porém, tenha em mente que, o quanto antes vier a ajuda, melhores serão as chances de uma recuperação bem sucedida. Em nossa sociedade prevalece o mito de que um problema com álcool é sinal de fraqueza moral. Como resultado disto, você pode até achar que procurar ajuda é admitir algum tipo de defeito, que você deveria se envergonhar. Contudo, o alcoolismo é uma doença como outra qualquer. Identificar um possível problema com álcool tem uma compensação enorme, uma chance de viver com mais saúde.

Quando falar com seu médico sobre o uso de álcool, tente ser o mais completo e honesto possível. Isso é necessário para que ele possa avaliar se você está ou não tendo problemas com o álcool. Você também pode passar por exames físicos. Se o médico concluir que você é dependente de álcool, ele deve recomendar que você se dirija a um especialista para tratar o alcoolismo, que vai explicar e indicar o tratamento mais adequado.

A natureza do tratamento depende do grau de dependência do indivíduo e dos recursos disponíveis na comunidade. O tratamento pode incluir a desintoxicação (processo de retirar o álcool de uma pessoa com segurança); o uso de medicamentos, para que o álcool se torne aversivo, ou para diminuir a compulsão pelo álcool; aconselhamento, para ajudar a pessoa a identificar situações e sentimentos que levam à necessidade de beber, além de construir novas maneiras de lidar com essas situações. Os tratamentos podem ser feitos em hospitais, em casa ou em consultas ambulatoriais.

O envolvimento e apoio da família são essenciais para a recuperação. Muitos programas oferecem aconselhamento conjugal e terapia familiar como parte do processo de tratamento. Quase todos os programas de tratamento do alcoolismo também incluem encontros de Alcoólicos Anônimos (AA), cuja descrição é "uma comunidade mundial de homens e mulheres que se ajudam a ficarem sóbrios". Enquanto o AA é geralmente reconhecido como um programa eficiente de ajuda mútua para recuperar dependentes de álcool, nem todas as pessoas respondem

positivamente ao estilo e mensagens do AA, e outras abordagens podem estar disponíveis. Até mesmo os que vêm conseguindo ajuda pelo AA geralmente descobrem que a recuperação funciona melhor com outros tratamentos juntos, inclusive aconselhamento e tratamento médico.

Embora o alcoolismo seja uma doença tratável, ainda não há cura. Isto significa que, mesmo que um dependente de álcool esteja sóbrio por muito tempo, ele é suscetível a recaídas. Por isso deve-se evitar qualquer bebida alcoólica, em qualquer quantidade. "Reduzir" o consumo pode até diminuir ou retardar problemas, mas não é suficiente: a abstinência é necessária para que a recuperação seja bem-sucedida. Recaídas são muito comuns. Mas isso não significa que a pessoa fracassou ou não irá se recuperar do alcoolismo. No caso de uma recaída, é muito importante retomar o foco no objetivo e manter o apoio necessário para não voltar a beber.

Se o seu médico determinar que você não é dependente de álcool, mas está envolvido em um padrão de abuso de álcool, ele pode ajudá-lo: examine os benefícios de parar de beber e o risco de continuar bebendo; examine as situações que desencadeiam seus padrões não saudáveis de consumo de bebidas alcoólicas, e desenvolver novas formas de lidar com essas situações.

Algumas pessoas que pararam de beber depois de terem tido problemas relacionados ao álcool frequentam os AA's para obter informação e apoio, mesmo não sendo dependentes.

Os medicamentos mais usados para o tratamento de alcoolismo são:

- Dissulfiram: também conhecido como antietanol, é um medicamento conhecido por seu efeito aversivo, ou seja, se fizer uso dele em conjunto com álcool pode ocorrer náuseas, vômitos, rubor facial, taquicardia e queda de pressão.
- Naltrexona: medicação desenvolvida para o tratamento adjunto da dependência de álcool que atua sobre o sistema opioide, bloqueando os efeitos de recompensa do álcool e evitando recaídas.

- Acamprosato: medicação que age como antagonista dos receptores glutamatérgicos, atenuando os sintomas de abstinência ao álcool.

Somente um médico pode dizer qual o medicamento mais indicado para o seu caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento. Siga sempre à risca as orientações do seu médico e nunca se automedique. Não interrompa o uso do medicamento sem consultar o médico, e não altere as doses prescritas. O álcool encontrado nas bebidas é o etanol, uma substância resultante da fermentação de elementos naturais. O álcool da aguardente vem da fermentação da cana-de-açúcar, e o da cerveja, da fermentação da cevada.

Quando ingerido, o eteno é digerido no estômago e absorvido no intestino pela corrente sanguínea e suas moléculas são levadas ao cérebro. Gastrite, quando ocorre no estômago. Hepatite alcoólica, no fígado. Pancreatite, no pâncreas. Neurite, nos nervos. A longo prazo, o álcool prejudica todos os órgãos, em especial o fígado, que é responsável pela destruição das substâncias tóxicas ingeridas ou produzidas pelo corpo durante a digestão. Dessa forma, havendo uma grande dosagem de álcool no sangue, o fígado sofre uma sobrecarga para metabolizá-lo. O álcool no organismo causa inflamações.

Apesar de ser aceito pela sociedade, o álcool oferece uma série de perigos tanto para quem o consome quanto para as pessoas que estão próximas. Por essa razão o consumo abusivo de álcool é uma questão de saúde pública. Parte dos acidentes de trânsito, comportamentos anti-sociais, violência doméstica, ruptura de relacionamentos e problemas no trabalho são provenientes do uso nocivo de álcool. O consumo excessivo e continuado de álcool aumenta o risco para complicações de saúde. Os efeitos do álcool sobre cada indivíduo são diferentes e dependem de uma série de fatores, mesmo quando consumido em quantidades iguais.

Além disso, ainda que o consumo leve a moderado de álcool - até uma ou duas doses por dia, respeitando ao menos dois dias de intervalo em uma semana e não ultrapassando este limite - possa contribuir na diminuição do risco de doenças cardiovasculares, maiores quantidades podem elevar esse risco. O alcoolismo implica aumento do risco para várias complicações de saúde, como doenças do

fígado, problemas gastrointestinais, pancreatite, neuropatias periféricas, problemas cardiovasculares, prejuízos cerebrais, imunológicos, anemias, osteoporose e câncer. Vale lembrar que, para algumas pessoas, de acordo com idade, gênero e aspectos individuais de saúde, o consumo pesado e continuado de bebidas alcoólicas por muitos anos, mesmo que não seja diagnosticado como alcoolismo, pode estar relacionado às doenças mencionadas.

### 3.2 A morfina

No século XIX, surgem dois novos produtos derivados da papoula: morfina e heroína. O alemão Frederick Seturner, no ano de 1805, a partir do ópio bruto, conseguiu isolar a “morfina”. Por volta de meados do século XIX, com a invenção da seringa, iniciou-se o uso injetável da morfina, que em função do seu poder anestésico em muito contribuiu para com a medicina. O uso intramuscular da morfina foi usado inicialmente pelos alemães, durante a guerra entre França e Alemanha, nos anos de 1870-1871. A partir daí começava o uso abusivo dessa droga.

A morfina é considerada a droga mais consumida entre os médicos, devido aos mesmos terem fácil acesso a mesma. Em 1875 o alemão Alfred Dresser denominou o diacetil da morfina de “heroína” (no idioma alemão – heroisch, que significa forte, potente, cheio de energia). A substância descoberta por Alfred Dresser passou a ser produzida em escala comercial, por Adolf Von Bayer, tendo no ano de 1924 sido considerada ilegal, após provado que provocava dependência física e psicológica. Outra ‘fonte de prazer’ tornou-se indispensável nos salões europeus, desde o fim do século XIX: a cocaína. Derivado químico da coca, folha comum encontrada na região Andina (Bolívia, Colômbia e no Peru), muito utilizada pela população indígena e campesina na forma mascada, a cocaína chegou aos EUA, onde era vendida pelo Laboratório Parke Davis.

Ainda nos Estados Unidos o ópio foi inserido por operários chineses, os chamados *coolies*, que trabalhavam na rodovia transcontinental. No México a

civilização Asteca mascava o Cactus peyote (poderoso alucinógeno), enquanto nos Andes os Incas mascavam as folhas de Coca (estimulante). A hipocrisia das drogas vem de longa data, na medida em que até mesmo a Igreja Católica, através dos jesuítas, defendeu o livre comércio sobre a cocaína. A Igreja chegou a cobrar impostos, sendo a produção desta planta estimulada pelos espanhóis no período colonialista:

Os espanhóis estimularam intensamente o consumo de coca. Era um negócio esplêndido. No século XVI, gastava-se tanto em Potosí, em roupa européia para os opressores como em coca para os índios oprimidos. Quatrocentos mercadores espanhóis viviam em Cuzco, do tráfico de coca, nas minas de Potosí, entravam anualmente cem mil cestos, com um milhão de quilos de folhas de coca. A Igreja cobrava impostos sobre a droga. O inca Garcilaso de la Veja nos diz, em seus "comentários reais", que a maior parte da renda do bispo, dos cônegos e demais ministros da igreja de Cuzco provinha dos dízimos sobre a coca, e que o transporte e a venda deste produto enriqueciam a muitos espanhóis. (KARAM apud ZACCONE, 2007, p.77).

Entrementes, é na década de 1940, no pós-guerra, que as drogas irrompem no mundo como epidemia. Fatores como a derrocada dos valores sociais estabelecidos, nascimento do movimento hippie, o desenvolvimento da indústria farmacêutica, as contestações por parte dos jovens e o surgimento de novas espécies de drogas são tidos como causadores da disseminação do uso das drogas psicoativas. Instaurava-se, a partir daí, 'o novo mal do século XX.' No Brasil, a história das drogas tem sua fase embrionária na década de 1970. Países da América do Sul como Bolívia, Colômbia e Peru já enfrentavam graves problemas envolvendo o tráfico de drogas, porém o Governo Federal, acreditando que se tratava de um problema localizado, não tomou qualquer iniciativa para traçar planos de combate ao tráfico de drogas.

A variedade de interesses fez com que cada país interpretasse e cumprisse as resoluções proibitivas de acordo com suas realidades e conveniências econômicas e políticas. Mas, somente nos Estados Unidos da América é que a proibição a algumas drogas se tornou, por diferentes razões, uma prioridade política,

que tem como um de seus principais ingredientes o conservadorismo, a moralidade e os bons costumes. Para se entender o atual contexto do combate e proibição às drogas ilícitas, faz-se necessário o entendimento da proibição das drogas nos Estados Unidos da América, onde alguns pontos do atual estágio da política internacional de repressão estão difusos, como por exemplo, o estereótipo moral, cujas consequências se revelam não só no distanciamento cada vez maior entre drogas permitidas e proibidas, mas, sobretudo, entre os que consomem umas e outras; bem como a criação do estereótipo médico, onde em 1914 pela primeira surge a distinção entre usuários e traficantes, com a aprovação nos Estados Unidos da América do Harrison Narcotic Act.

O governo estadunidense utilizou, de forma estratégica, a assinatura do Convênio de Haia para pressionar o Congresso Nacional a adaptar as leis nacionais, consideradas pelo Poder Executivo ainda frágeis e restritas. A tática era simples: nós, os Estados Unidos da América, ao nos comprometermos internacionalmente, iniciando novas normas sobre o controle de drogas, temos o dever de adequar nossas leis internas, tornando-as mais rígidas. Bem-sucedida, a manobra auxiliou na aprovação, em 1914, do Harrison Narcotic Act, lei mais complexa e severa que os acordos internacionais já assinados e que investia na proibição explícita de qualquer uso de psicoativos considerados sem finalidades médicas. Da Lei Harrison deve se mencionar uma importante novidade: o texto criava as figuras do traficante e do viciado, respectivamente aquele que produz e comercializa drogas psicoativas irregularmente e aquele que consome sem permissão médica. O traficante deveria ser preso e encarcerado; o usuário, considerado doente, deveria ser tratado, mesmo que compulsoriamente. (RODRIGUES apud ZACCONE, 2007, p. 82).

Com esta nova medida, agora, os médicos eram proibidos de receitar determinadas substâncias psicoativas, em contrapartida adquiriam o monopólio para lidar legalmente com estas substâncias. Contudo, apesar da nova lei entrar em vigor, o consumo não se restringiu somente ao uso médico e seletivo, persistindo também uso recreativo e hedonista e também a automedicação, inaugurando legalmente o mercado ilícito das drogas, fato que prenunciou a economia do narcotráfico.

Nos Estados Unidos da América, influenciado por diversas campanhas que estigmatizavam, desvalorizavam e associavam determinados comportamentos ao uso de determinadas substâncias que agora eram consideradas ilícitas, foi realizada uma verdadeira cruzada em prol dos “bons costumes”, ato que longe de se discutir os verdadeiros propósitos medicinais e sociais associados ao uso destas substâncias se revestiu muito mais da máscara ideológica e moral em relação ao uso das mesmas, fato que serviu para simplificar e ajudar o etiquetamento de certos movimentos políticos internos à sociedade estadunidense, selecionando, associando e estereotipando classes consideradas perigosas a elite branca e protestante dos Estados Unidos, com o consumo de determinadas drogas.

Os chineses, vindos em larga escala para trabalhar na construção das estradas de ferro no oeste dos Estados Unidos, trouxeram o hábito de fumar ópio e a esse psicoativo foram ferrenhamente associados. A maconha era considerada, em princípios do século XX, droga de mexicanos, grupo visto pelos brancos estadunidenses como indolentes, preguiçosos e, por vezes, agressivos. Aos negros, parcela da população lançada em miseráveis condições de vida, atribuíam-se o uso de cocaína, prática que supostamente os tornava sexualmente agressivos.

Por fim, o álcool era percebido como uma droga que era abusada pela comunidade de imigrantes irlandeses. Nos quatro casos, a mesma lógica: minorias e imigrantes portavam comportamentos moralmente reprováveis que ameaçavam valores profundos nos Estados Unidos da América. Segundo Passeti (1991), Escohotado (1998) e McAllister (2000), essas comunidades eram tidas pelo cidadão norteamericano, branco, de origem anglo-saxônica como entidades exógenas, estranhas e de hábitos perigosos, que traziam venenos e disputavam empregos com aqueles estabelecidos na América há várias gerações. (RODRIGUES apud ZACCONE, 2007, p.83).

Tal estigmatização não serviu somente aos Estados Unidos da América. No Brasil, mais especificamente no caso da cannabis sativa, popularmente conhecida como maconha, usar a erva era tido como “coisa de negro”, pois era fumada nos terreiros de candomblé, por escravos e agricultores depois do trabalho no interior do país. Como se vê, o uso da maconha era associado quase que exclusivamente a pessoas pobres, simples e humildes.

Na Europa as drogas eram associadas aos imigrantes árabes, indianos e intelectuais boêmios, estes últimos com suas ideias, ideais e estilo de vida desregrado e contestador incomodavam cada vez mais os governos estabelecidos. Um dos principais fatos que realmente deixou preocupado o governo dos Estados Unidos da América foi à entrada, através de suas fronteiras, entre 1915 e 1930, de cerca de meio milhão de mexicanos que vinham em busca de trabalho em solo estadunidense. Muitos traziam consigo o hábito de fumar maconha, e muitos não encontraram emprego e devido a isto passavam os dias relegados ao ócio. Este fato muito contribuiu para a associação do uso da substância com a 'vagabundagem' e a mendicância. O próprio nome como a substância é popularmente conhecida nos Estados Unidos, marijuana, foi introduzido com a intenção de que a palavra soasse bem hispânica, permitindo, deste modo, a associação direta entre a droga e os mexicanos.

Segundo dados do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) a dimensão nacional do custo econômico e social nunca foi avaliada com clareza, mas com base nos escassos dados disponíveis estima-se que chegue a 10% do Produto Interno Bruto. Nas duas décadas entre 1980 e 2000, 2.07 milhões de brasileiros morreram de causas não-naturais. Dentre essas causas, os homicídios lideram as estatísticas. Em 1980, estima-se a ocorrência de 13.910 homicídios. Os homicídios aumentaram para 31.989 em 1990 e alcançaram 45.343 em 2000, mantendo-se estável próximo aos 50.000 homicídios para o quinquênio 2001-2005. Os jovens do sexo masculino entre as idades de 15 e 29 anos são o grupo mais afetado da população.

Dos homicídios registrados em 2000, mais de 16.000 afetaram jovens do sexo masculino - 75% dos quais vítimas de armas de fogo. Dos quase 50.000 homicídios registrados a cada ano, correspondendo a uma taxa de 27 em cada 100 mil pessoas, uma grande proporção está relacionada ao tráfico de drogas. Esses homicídios envolvem principalmente jovens na faixa etária dos 15 aos 25 anos e sua taxa varia muito entre os diferentes estados. Essa elevada taxa de homicídios é parcialmente provocada pela incapacidade das pessoas envolvidas na venda de drogas de acertar sem violência questões relacionadas à divisão de territórios, distribuição e liderança.

Em seu Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde a Organização Mundial da Saúde estima que, para cada pessoa assassinada, 20 a 40 são feridas a ponto de precisarem ser hospitalizadas. O impacto dos homicídios e das lesões corporais sobre o público é, portanto, impressionante. De acordo com o ex-deputado federal Moroni Torgan relator da CPI do narcotráfico, 200 mil pessoas estão diretamente envolvidas com o tráfico de drogas ilícitas no Brasil, sendo que aproximadamente 10% da força de trabalho do narcotráfico (20 mil) é composta por crianças e adolescentes, os chamados 'aviõezinhos'. 59 Esses entregadores são, em sua maioria, adolescentes. O uso indevido de drogas entre a população brasileira, de um modo geral, e entre seus jovens, particularmente, aumentou significativamente ao longo da última década. O consumo quatro vezes maior de cocaína entre adolescentes revela que essa tendência representa um problema cada vez maior.

A dependência de drogas é um problema que acarreta demandas crescentes para os serviços de saúde pública e a sociedade como um todo. De acordo com o Ministério da Saúde, a perda de produtividade e os óbitos prematuros em 1996 representaram 7,9% do PIB. A relação entre o abuso de substâncias psicoativas e a prevalência do HIV/AIDS e o vínculo entre as drogas e a violência constituem os dois principais aspectos que tornam o uso indevido de drogas um problema sério no Brasil. O Brasil conseguiu reduzir a incidência da Aids, inclusive da Aids resultante do uso de drogas injetáveis. De 1994 a 2004, a incidência de AIDS entre usuários de drogas injetáveis caiu de 27% para 13% entre os homens, e de 17% para 4,3% entre as mulheres (Fonte: Boletim Epidemiológico, 2004. Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde).

Entre os usuários de drogas injetáveis, a prevalência do HIV é de 36,5% (média nacional) de acordo com a Pesquisa Ajude Brasil II realizada pela Universidade Federal de Minas Gerais em 2001. Do total de casos de AIDS em crianças classificados na categoria de transmissão vertical, 12% estão relacionados a mães usuárias de drogas injetáveis. A epidemia entre usuários de drogas injetáveis no Brasil segue as principais rotas de transporte da cocaína. Embora exista alguma preocupação com a transmissão do HIV pelo uso da cocaína por via intravenosa, ela parece estar diminuindo no Brasil, segundo uma análise retrospectiva realizada por um centro de tratamento de dependentes situado no Rio

de Janeiro (NEPAD/UERJ) Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas.

Embora uma análise recente revele uma desaceleração na disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis, outros estudos recentes desenvolvidos nas cidades de São Paulo, Campinas e Santos revelam uma preocupante relação entre o uso de crack e a Aids. Além disso, drogas psicofarmacológicas também são comumente usadas na América do Sul, principalmente no Brasil, na Argentina e no Uruguai. Essas drogas são frequentemente injetadas. Devido à frequência da necessidade documentada de compartilhar seringas nas amostras brasileiras, o risco de exposição ao HIV pelo sangue persiste. Esse fato é confirmado pelos elevados níveis de hepatite C registrados entre amostras de usuários de drogas injetáveis do Rio de Janeiro e de Santos (duas cidades portuárias da região sudeste). Além de injeções inseguras, as práticas sexuais dos usuários de drogas injetáveis influenciam a disseminação do HIV, inclusive para os filhos que geram. Os fatores de risco para a disseminação do HIV/AIDS incluem o uso de drogas injetáveis, o sexo sem proteção e o sexo comercial.

#### 4. OS NÚMEROS RELACIONADOS ÀS DROGAS ILÍCITAS NO BRASIL

Em relação ao consumo mundial de drogas, segundo o relatório, o número de usuários permaneceu estável nos últimos quatro anos, atingindo aproximadamente 208 milhões de consumidores ou 4,9% da população mundial de 15 a 64 anos de idade.

Destes, 112 milhões de pessoas na faixa etária citada consomem as drogas mensalmente ou 2,6% da população de referência, sendo que aproximadamente 0,6% da população de referência ou 26 milhões de pessoas são consideradas viciadas ou apresentam algum problema em sua relação com o consumo de drogas. Vale salientar que todas as drogas ilícitas, com exceção das anfetaminas, apresentaram aumento no número absoluto de usuários.

	<b>Maconha</b>	<b>Haxixe</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Ópio</b>	<b>Ecstasy</b>
<b>Toneladas produzidas</b>	41.400	6.000	992	8.870	113

Fonte: ONU, 2008

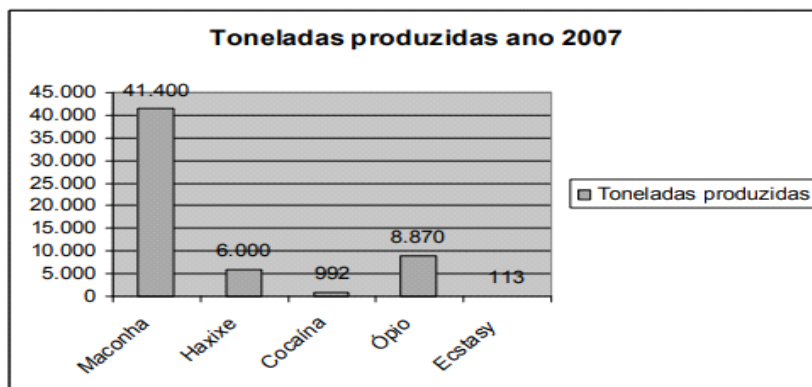


Gráfico 1: Toneladas produzidas em 2007

Fonte: ONU, 2008

De acordo com a última estimativa elaborada para a prevalência anual do consumo de drogas ilícitas pela população de 15 a 64 anos de idade para os anos de 2006 a 2007 (último ano de que se dispõe de dados) em relação ao ano 2005-2006, foi o seguinte: aumento do consumo de maconha de 3,8% para 3,9%; aumento do consumo de opiáceos de 0,37% para 0,39%; aumento do consumo de cocaína de 0,34% para 0,37%; aumento do consumo de heroína de 0,27% para

0,28%; diminuição do consumo de anfetamínicos (ecstasy e anfetaminas) de 0,60% para 0,58%.

	<b>Consumidores de drogas ilícitas nos últimos 12 meses</b>	<b>Consumidores de drogas ilícitas mensalmente</b>	<b>Consumidores de drogas ilícitas diariamente (toxicodependentes)</b>
<b>Número de consumidores (em milhões)</b>	208	112	26
<b>Porcentagem da população mundial de 15 a 64 anos de idade</b>	4,9%	2,6%	0,6%

Fonte: ONU, 2008.

Tabela 1: Número de consumidores de drogas ilícitas

	<b>Maconha</b>	<b>Anfetaminas</b>	<b>Ecstasy</b>	<b>Cocaína</b>	<b>Opiáceos</b>	<b>Heroína</b>
<b>Número de consumidores (em milhões)</b>	165,6	24,7	9	16	16,5	12
<b>Porcentagem da população mundial de 15 a 64 anos de idade</b>	3,9%	0,46%	0,12%	0,37%	0,39%	0,28%

Fonte: ONU, 2008.

Tabela 2: Estimativas do consumo de drogas anual ano 2006/2007. (Último ano que se dispõe de dados).

Contudo, vale salientar, que no mesmo Relatório a ONU reconhece que aproximadamente 50% da população entre 15 a 64 anos consomem álcool; e 20% cigarros. A própria ONU reconhece que estes números podem estar 'maquiados' para baixo, pois tem como uma das fontes os governos nacionais que frequentemente tentam mascarar a situação social de seus povos, que costumeiramente fraudam ou omitem estatísticas para amenizar a gravidade de seus problemas sociais. A ONU estima que somente de desembolso estatal, para combater as conseqüências do uso de drogas ilícitas na saúde pública, no combate a violência e em outros setores os países devem gastar o equivalente a US\$120 bilhões por ano.

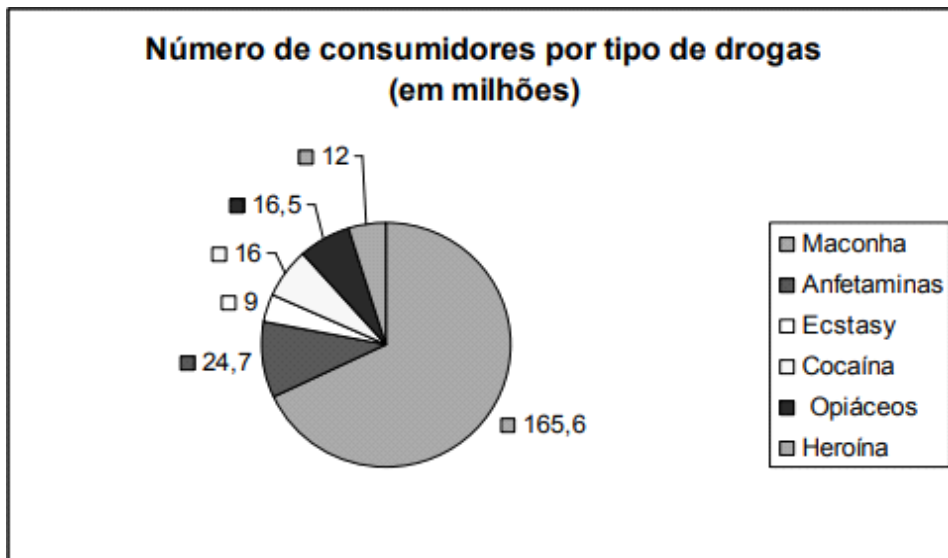


Gráfico 2: Número de consumidores por tipo de drogas

Fonte: ONU, 2008.

Os números do combate às drogas ilícitas nos Estados Unidos da América revelam-se os números e os custos do combate às drogas nos Estados Unidos por ser este o país que devido à disponibilidade de recursos financeiros e apoio governamental ao combate ao tráfico de drogas ilícitas possuem os dados mais completos sobre o assunto. Além de que os Estados Unidos é o país que encabeça o combate a estas substâncias proibidas e o que mais exerce influência sobre os organismos internacionais no combate ao tráfico das substâncias ilícitas. Segundo dados do governo estadunidense, o orçamento destinado às políticas de repressão ao combate ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas no ano de 2008 foi de US\$ 13 bilhões. Sendo que desse total 65% são destinados ao combate ao tráfico e 12% a prevenção ao consumo de drogas.

De acordo com o DEA (Drug Enforcement Administration) órgão que lida com o combate às drogas nos Estados Unidos estima-se que cada família estadunidense desembolsa ao ano US\$1500,00 com os custos sociais do consumo de drogas psicoativas naquele país. Estima-se que somente no ano de 2002 mais de 26000 morreram decorrentes de implicações relacionadas ao uso de drogas ilícitas, sete vezes mais do que o número de mortes atribuídos aos ataques do 11 de setembro. Incluem-se neste cálculo os custos diretos relacionados ao consumo de

drogas proibidas, ao tratamento da toxicodependência, cuidados de saúde, custos de bens e serviços relacionados à criminalidade induzida pelo consumo, à aplicação das leis, encarceramento, custos judiciais e honorários advocatícios. E também aos custos indiretos que são os custos relacionados à queda de produtividade no trabalho, morte, sofrimento familiar, doenças relacionadas ao consumo, aumento da criminalidade e de vítimas da violência.

Segundo o White House Office of National Drug Control, o custo social associado ao consumo de drogas ilícitas nos Estados Unidos para o ano de 2002 foi de US\$ 180,8 bilhões, sendo que a maior parte destes custos refere-se à perda de produtividade. Custos relacionados ao cuidado com bebês prematuros de mães que fizeram uso de drogas ilícitas ou de álcool durante o período de gestação são estimados entre US\$ 750.000,00 a US\$ 1,4 milhões. Nestes valores estão inclusos as despesas médicas e hospitalares, custos de habitação e custos de cuidados próprios aos bebês. Em 2002 foram 670.307 episódios relacionados ao abuso de drogas proibidas nas emergências hospitalares estadunidenses, sendo que o seguro médico norte-americano não cobre todos estes custos. Houve em 2002, dois milhões e trezentos mil jovens (2, 3 milhões) entre 12 e 17 anos que necessitaram de tratamentos relacionados ao uso de drogas. De acordo com o relatório o tratamento para desintoxicação custa à saúde pública US\$ 475,00 por dia e o tratamento de reabilitação US\$ 375,00 por pessoa.

Os números relacionados às drogas ilícitas no Brasil Segundo dados do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) a dimensão nacional do custo econômico e social nunca foi avaliada com clareza, mas com base nos escassos dados disponíveis estima-se que chegue a 10% do Produto Interno Bruto. Nas duas décadas entre 1980 e 2000, 2.07 milhões de brasileiros morreram de causas não-naturais. Dentre essas causas, os homicídios lideram as estatísticas. Em 1980, estima-se a ocorrência de 13.910 homicídios. Os homicídios aumentaram para 31.989 em 1990 e alcançaram 45.343 em 2000, mantendo-se estável próximo aos 50.000 homicídios para o quinquênio 2001-2005. Os jovens do sexo masculino entre as idades de 15 e 29 anos são o grupo mais afetado da população.

Dos homicídios registrados em 2000, mais de 16.000 afetaram jovens do sexo masculino - 75% dos quais vítimas de armas de fogo. Dos quase 50.000 homicídios registrados a cada ano, correspondendo a uma taxa de 27 em cada 100

mil pessoas, uma grande proporção está relacionada ao tráfico de drogas. Esses homicídios envolvem principalmente jovens na faixa etária dos 15 aos 25 anos e sua taxa varia muito entre os diferentes estados. Essa elevada taxa de homicídios é parcialmente provocada pela incapacidade das pessoas envolvidas na venda de drogas de acertar sem violência questões relacionadas à divisão de territórios, distribuição e liderança. Em seu Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde a Organização Mundial da Saúde estima que, para cada pessoa assassinada, 20 a 40 são feridas a ponto de precisarem ser hospitalizadas. O impacto dos homicídios e das lesões corporais sobre o público é, portanto, impressionante. De acordo com o ex-deputado federal Moroni Torgan relator da CPI do narcotráfico, 200 mil pessoas estão diretamente envolvidas com o tráfico de drogas ilícitas no Brasil, sendo que aproximadamente 10% da força de trabalho do narcotráfico (20 mil) é composta por crianças e adolescentes, os chamados 'aviõezinhos'.

Esses entregadores são, em sua maioria, adolescentes na faixa etária dos 10 aos 16 anos, cujo salário mensal varia de US\$150 a US\$200. Como esses menores geralmente vêm de famílias pobres, seus salários são freqüentemente mais altos que os de seus pais. Seus colegas os têm em grande estima. Os traficantes lhes oferecem uma oportunidade de se sentir importantes e respeitados na comunidade. As oportunidades de emprego no setor formal para adolescentes de baixa escolaridade, principalmente negros, são muito limitadas. Além desses 20 mil adolescentes que já trabalham como entregadores de drogas, milhares de outros estão esperando por uma oportunidade de entrar nesse negócio altamente lucrativo.

Os adolescentes são protegidos por lei e a possibilidade de serem presos é pequena, isso os torna alvo de traficantes. As alternativas em termos de renda e de participação na sociedade são muito reduzidas para essas crianças. Portanto, muitos meninos e meninas pobres optam por se envolver em atividades ilegais. Outra vítima da violência relacionada ao tráfico de drogas são os policiais. Em decorrência dos baixos salários pagos aos policiais estaduais, principalmente aos de graduação mais baixa, vários são forçados a morar com suas famílias em áreas de alto risco controladas por traficantes. Por exemplo, com base em estimativas da polícia do estado do Rio de Janeiro, até 50% dos policiais vivem em áreas de alto risco.

De acordo com a Folha de São Paulo, a cada 17 horas um policial é morto. Nos primeiros seis meses de 2004, mais de 280 policiais militares e civis foram assassinados no Brasil, comparado com 65 na Colômbia, país até então considerado um dos mais violentos do mundo em decorrência do narcotráfico. Segundo o Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro de 1998, página 236 do total de 12.072 presos no regime fechado, 7.398 tinha por motivo da condenação o tráfico de entorpecentes, ou seja, já no final dos anos 90 em torno de 60% da população carcerária no Estado do Rio de Janeiro estava relacionada ao narcotráfico. Dos 59.471 processos criminais em andamento na cidade do Rio de Janeiro em 1999, 26,6% diziam respeito ao tráfico e ao uso de entorpecentes. 35% dos processos que corriam na 2ª Vara da Infância e da Juventude eram relacionados ao tráfico.

Em 2000 de cada 100 homens condenados no país, 15 eram por envolvimento com o tráfico. Entre as mulheres, a cota era de 60 a cada 100. Dos 87.806 presos no Estado de São Paulo cerca de 12.500 (14,2%) estava relacionado com a venda de drogas proibidas. O sistema penitenciário, com raras exceções, não consegue reabilitar e reinserir detentos na sociedade. Por essa razão, o país apresenta uma taxa elevada de reincidências 60 (superior a 50%) e a superlotação nas prisões é um problema grave. Isso representa um enorme custo direto e indireto para o governo e a sociedade como um todo. Um detento no Brasil custa ao sistema de justiça penal 16 vezes o custo de manter um aluno na escola. Em 2002, as 922 prisões do país (projetadas para alojar 186.500 pessoas) mantinham 248.685 detentos. Em 2004, o número de estabelecimentos correcionais aumentou e o número de detentos aumentou para quase 336.000, 96% homens para 1.192.

## 5. PESQUISAS E RESULTADOS

A SENAD, por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), publicou em 2002 os resultados do primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001. Foram coletadas informações por meio de amostras estratificadas em 107 cidades com mais de 200.000 habitantes. A amostra total incluiu 8.589 entrevistas com pessoas (de ambos os gêneros) com idades entre 12 e 65 anos.

De acordo com a pesquisa, 19,4% dos entrevistados relataram que consumiram algum tipo de droga (exceto tabaco e álcool) pelo menos uma vez na vida. Cerca de 6,9% tinham fumado maconha; 5,8% tinham usado inalantes; 2,3% tinham usado cocaína; 1,5% tinham usado estimulantes e 3,3% tinham usado benzodiazepínicos.

<b>Número de prisões X Número de detentos</b>		
	<b>2002</b>	<b>2004</b>
Número de prisões	922	1.192
Número de detentos	248.685	336.000

Fonte: UNODC, 2008

Tabela 3: Número de prisões x número de detentos

<b>Rotatividade do sistema prisional mensal</b>	
Detentos que entram	9.400
Detentos que saem	5.900
Diferença entrada/saída	3.500

Fonte: UNODC, 2008

Tabela 4: Totatividade do sistema prisional

No que se refere ao acesso a drogas, 45,8% relataram que era fácil comprar cocaína; 15% tinham visto alguém comprando ou vendendo drogas; e traficantes haviam abordado 4% dos entrevistados. A pesquisa também indicou que 35% dos entrevistados não tinham o ensino fundamental completo ou eram analfabetos.

Prevalência do abuso de drogas uma vez na vida Levantamento domiciliar sobre o abuso de drogas (2001)			
Tipo de droga	Total %	Homens %	Mulheres %
Maconha	6,9	10,6	3,4
Cocaína	2,3	3,7	0,9
Crack	0,4	0,7	0,2
Merla	0,2	0,3	0,1
Opiáceos (analgésicos)	1,4	1,1	1,6
Estimulantes (anfetamínicos)	1,5	0,8	2,2
Anticolinérgicos	1,1	1,1	1
Alucinógenos	0,6	0,9	0,4
Heroína	0,1	0,1	0
Esteróides	0,3	0,6	0,1
Barbitúricos	0,5	0,3	0,6
Codeína	2	1,5	2,4
Orexigênicos	4,3	3,2	5,3
Benzodiazepínicos	3,3	2,2	4,3

Amostra: 8.589, idades de 18 a 65 anos.

Fonte: Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. São Paulo: SENAD, CEBRID, UNIFESP, 2002

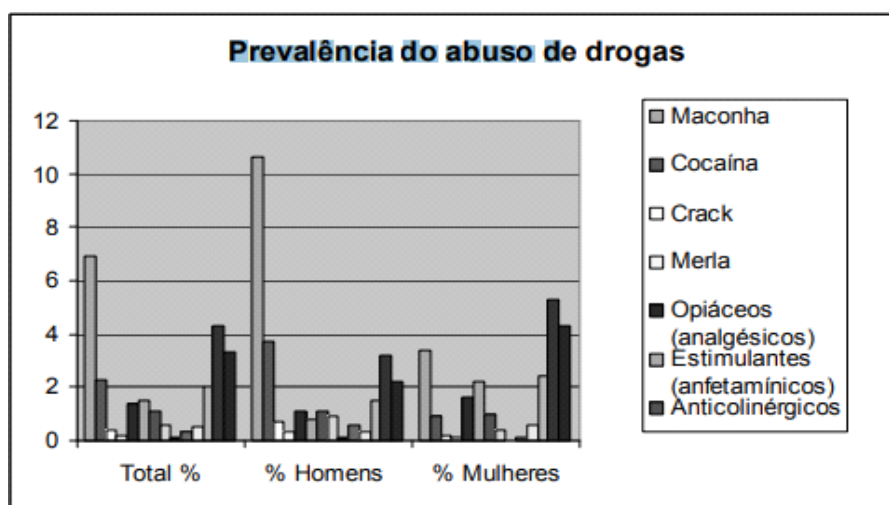


Gráfico 3: Prevalência do abuso de drogas

Fonte: Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: SENAD, CEBRID, UNIFESP, 2002.

## 5.1 Demanda por drogas ilícitas no Brasil

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) tem um orçamento anual de US\$ 2 milhões para redução da demanda por drogas. A menos que o governo invista mais na redução da demanda por drogas, a situação continuará a se agravar. O orçamento tem sido o mesmo nos últimos dez anos, provocando problemas em termos de saúde e segurança públicas além de não atender as prioridades do público. O primeiro Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001, foi concebido para coletar informações por meio de amostras estratificadas em 107 cidades com mais de 200.000 habitantes. A amostra total incluiu 8.589 entrevistas com pessoas com idades entre 12 e 65 anos de ambos os gêneros.

O levantamento foi aplicado no período de setembro a dezembro de 2001, abrangendo as 107 maiores cidades do país, com população superior a 200.000 habitantes, incluídas aí todas as capitais brasileiras, totalizando 47.045.907 habitantes, representativos de 41,3% da população brasileira. Os resultados obtidos com o levantamento revelam a realidade do Brasil em relação às drogas – agora não mais presumida, mas autenticada por sua população. Dentre os resultados relevantes, pode ser mencionada a confirmação de que o consumo de drogas lícitas no país – especialmente o álcool e tabaco - é superior ao das drogas ilícitas. De fato, tem-se a estimativa de que 11,2% da população pesquisada são dependentes de álcool e de que 9% são dependentes de tabaco.

Em contrapartida, os resultados sobre drogas ilícitas apontam que 6,9% da população pesquisada já fez uso na vida de maconha, e 5,8% de solventes, 2,3% de cocaína e 0,7% de crack. O uso de heroína foi de 0,04%, cerca de dez vezes menor que nos Estados Unidos (1,2%). Surpreendeu o uso na vida de 4,3% para os orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite), sobre cuja venda não há qualquer tipo de controle. Tabela 9: Percentual da população brasileira que admite ter feito uso de drogas ilícitas.

## 6. OS MAIORES CONSUMIDORES DE DROGAS

O estudo "O Estado da Juventude: Drogas, prisões e Acidentes", elaborado pela Fundação Getúlio Vargas, mostra que a elite é a maior consumidora de drogas do País. As classes mais ricas, com acesso quase irrestrito a serviços oferecidos pelo estado, de religião católica e com acesso a informação e educação de qualidade, figuram como os principais usuários nas principais capitais do Brasil, principalmente no sudeste.

A grande maioria de usuários é de cor branca (85,1%), tem filhos (80,46), é católica(88,3%) e das classes AB (72,54%). Os de classe A registram 62,2% dos drogados declarados. Sobre a escolaridade dos consumidores, a pesquisa mostra que 17,96% freqüentam instituições privadas, 59,32% tem entre oito e 11 anos de estudo, e 29,69% estão na universidade. No geral, a parcela da população que freqüenta o ensino superior é de apenas 4,04%. Nessa perspectiva, o estudo mostra que 99,18% dos consumidores de drogas são homens, embora a sociedade brasileira tenha 49,82% de pessoas do sexo masculino em sua composição.

**Tabela 9: Percentual da população brasileira que admite ter feito uso de drogas ilícitas**

Percentual da população brasileira que admite ter feito uso de drogas ilícitas	
Maconha	6,90%
Solventes	5,80%
Cocaína	2,30%
Heroína	0,04%
Crack	0,70%

Fonte: UNODC Brasil e Cone Sul, 2008

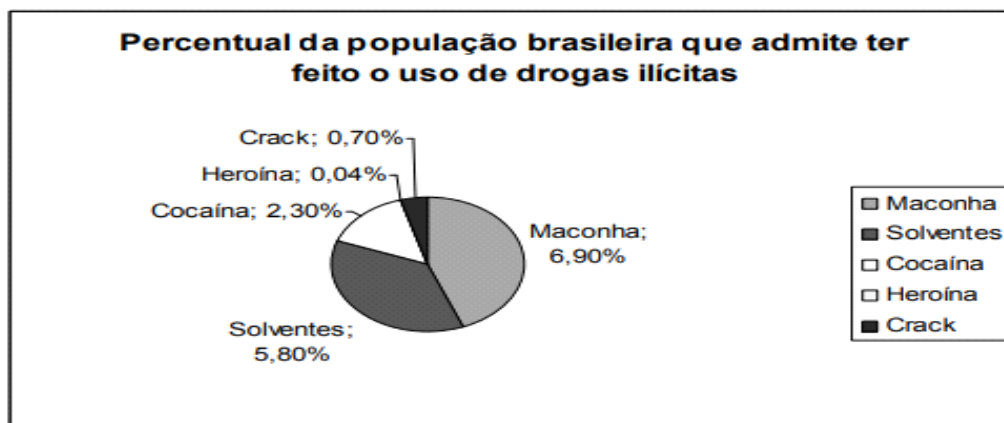


Gráfico 4: Percentual da população brasileira que admite ter feito o uso de drogas. Fonte: UNODC Brasil e Cone Sul, 2008

A maioria dos consumidores tem entre 20 e 29 anos (50,74%), enquanto 35,82% tem entre 10 e 19 anos. A maioria da população consumidora se concentra no sudeste (75,13%), região que onde se encontra 45,52% da população. Diga-se de passagem as capitais, apesar de reunirem 23,68% dos brasileiros, são o lar preferido de 42,25% dos usuáriso de drogas. E é nestas cidades que a elite, a classe A, consome o tipo de droga que quiser (68,33%), segundo o estudo.

Outro dado que chama a atenção é a quantidade significativa de serviços oferecidos pelo estado nas regiões onde se concentram os principais usuários de drogas. Os que tem acesso a serviço de água são 93,28%, enquanto 99,32% tem coleta de lixo domiciliar, 81,28% iluminação de rua, 89,7% drenagem e escoamento e 99,37% acesso a energia elétrica. Sobre a forma de pagamento, 43,74% dos usuários trabalham com cartão de crédito, e o cheque especial é utilizado por 34,8%.

Tabela 10: Jovens de "classe A" Jovens de "classe

**Tabela 10: Jovens de "classe A"**

<b>Jovens de "classe A"</b>		
	<b>Tem despesas com drogas</b>	<b>Total</b>
Branco	85,1	52,83
Filhos	80,48	26,22
Sem religião	7,68	4,83
Católicos	88,03	74,15
Classe A	62,22	5,85
Classe AB	72,54	22,44

Fonte: FVG, 2007

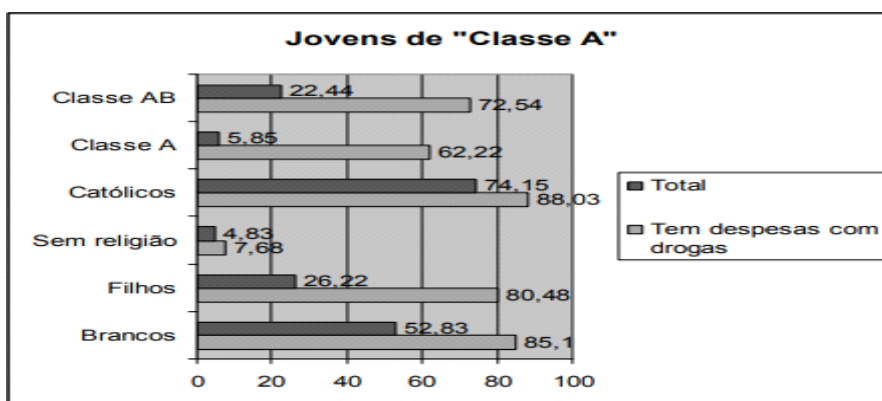


Gráfico 5: Jovens de "classe A" Fonte: FGV, 2007

A barra bordô se refere aos que usam drogas, e a azul ao percentual do segmento na população como um todo, como mostra a legenda. Um outro estudo,

intitulado A Voz dos Adolescentes, foi realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para apoiar a elaboração e definição de seu programa nacional. Ele foi desenvolvido para 5.280 adolescentes brasileiros de todas as regiões do país e envolveu diversos temas, como lazer, educação, saúde, trabalho, família, violência, drogas, entre outros.

O estudo revelou grandes disparidades e dificuldades em relação aos direitos dos jovens. Os dados obtidos para o uso de drogas revelaram que 14,2% dos entrevistados (com idades entre 12 e 17 anos) usavam ou já haviam usado algum tipo de droga ilícita. Cerca de 84,4% deles disseram que nunca haviam usado nenhuma droga. A tabela abaixo mostra essas cifras discriminadas por classe social e divididas em quatro categorias, de A a D .sendo A a mais alta. Pode-se observar que o uso de drogas é mais alto entre as classes A e B e mais baixo nas classes C e

**Tabela 11:** Consumo de drogas por adolescentes por classe social (%)

<b>Consumo de drogas por adolescentes por classe social (%)</b>					
	<b>Classe A</b>	<b>Classe B</b>	<b>Classe C</b>	<b>Classe D</b>	<b>Não respondeu</b>
Usa ou já usou alguma vez	21,6	20,5	11,4	16,5	17,7
Nunca usou	78,4	78	86,9	83,3	80,6
Não respondeu	0	1,5	1,7	0,2	1,7

Fonte: UNODC, 2008

Tabela 11: Consumo de drogas por adolescentes por classe social (%)

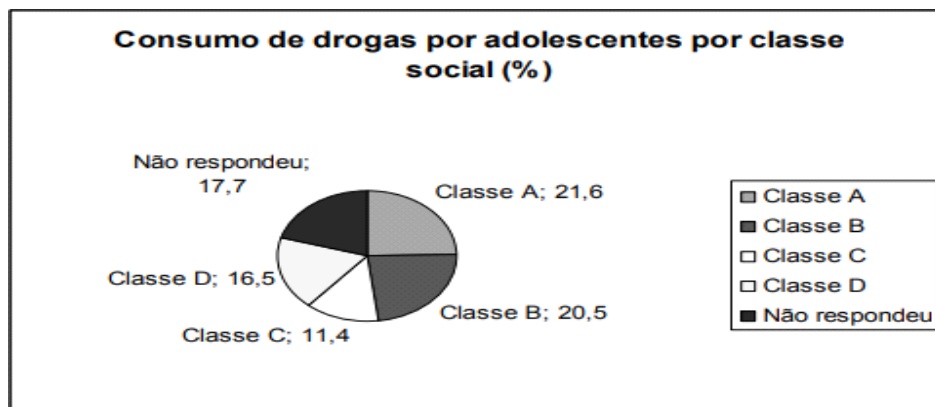


Gráfico 6: Consumo de drogas por adolescentes por classe social (%) Fonte: UNODC, 2008

Entre os adolescentes na faixa etária dos 12 aos 14 anos, cerca de 8,2% disseram que tinham usado algum tipo de droga ilícita uma vez. Esse percentual aumentou para 20,2% entre adolescentes com idades de 15 a 17 anos. A pesquisa relacionou nove tipos de drogas ilícitas. Observou-se que 9% afirmaram que usavam ou já haviam usado a maconha, que também parece ser a droga ilícita de uso mais freqüente. Em segundo lugar vem a cocaína, com 5% (UNICEF). Algumas abordagens foram usadas para se avaliar o consumo de drogas no país. Elas incluem estudos populacionais entre estudantes e meninos de rua, indicadores do consumo de drogas (hospitalizações por consumo de drogas, etc.) e estudos etnográficos.

Todas essas abordagens indicam que o abuso de drogas é um fenômeno de importância crescente no Brasil. As comunidades mais pobres, onde as oportunidades sociais e profissionais são escassas, constituem uma fonte de mão-de-obra barata para os traficantes de drogas. É nessas comunidades que parece existir uma tendência de abuso de drogas em sua forma mais nociva, o uso de drogas injetáveis. O estudo Retrato da Escola, lançado em 2002 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), coletou dados entre 2.351 escolas públicas e privadas do país visando a melhorar a educação pública. O estudo levantou dados sobre a gestão escolar, condições de trabalho, qualidade do ensino e planejamento. Ele também ofereceu dados sobre o uso e o tráfico de drogas na escola e a violência que geram.

**Tabela 12:** Tráfico de drogas no ambiente escolar

Tráfico de drogas no ambiente escolar			
	Nunca %	Ocasionalmente %	Sempre %
Consumo de drogas	68	27,8	4,2
Consumo de drogas dentro da escola	79,1	17,6	3,3
Consumo de drogas fora da escola	59,1	29,7	11,2
Tráfico de drogas na escola	78,3	19,4	2,3
Tráfico de drogas dentro da escola	89,8	8,3	1,9
Tráfico de drogas fora da escola	70,2	22,6	7,2

Fonte: UNODC, 2008

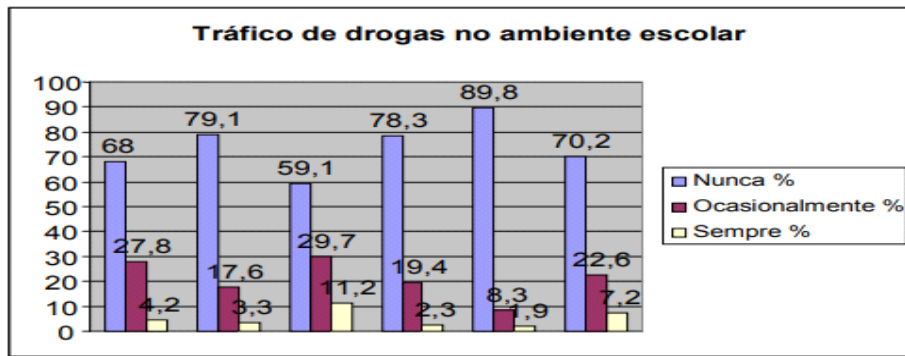


Gráfico 7: Tráfico de drogas no ambiente escolar Fonte: UNODC, 2008-10-18

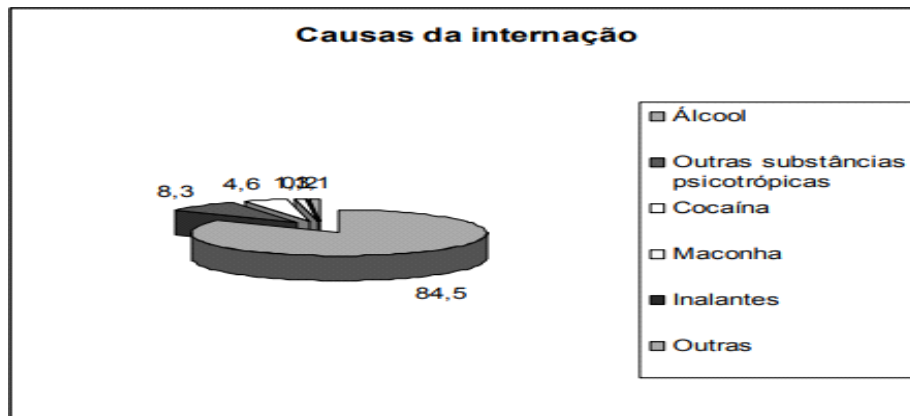


Gráfico 8: Causas da internação Fonte: UNODC, 2008

Dois aspectos principais tornam o abuso de drogas um problema sério no Brasil, multiplicando os riscos e aumentando os custos sociais e econômicos para a sociedade: em primeiro lugar a crescente interface entre as drogas e a violência; e em segundo lugar a relação entre o uso de substâncias psicoativas e a prevalência da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Sociólogos acreditam que o ciclo do tráfico e a falta de alternativas em relação à renda ilícita podem gerar violência, principalmente em áreas mais pobres ou entre populações vulneráveis, como a dos jovens. Um estudo foi realizado pela Universidade de São Paulo, em

parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, publicado sob o título "Violência Relacionada a Armas de Fogo no Brasil" em 2004. O estudo mostra que a violência relacionada a armas de fogo se tornou uma realidade cotidiana na sociedade brasileira, afetando principalmente os jovens em áreas urbanas no Brasil.

O tráfico de drogas ilícitas, associado à falta de oportunidades, desemprego e grandes disparidades sócio-econômicas, contribui para os níveis extremamente altos de violência relacionada a armas de fogo entre os jovens urbanos no Brasil. O estudo destaca que nenhum fator único pode ser atribuído à violência. Esta resulta das interações dinâmicas envolvendo múltiplos determinantes que incluem fatores individuais, relacionais, sociais e comunitários.

A disponibilidade de armas de fogo e a habilidade de se recorrer a estas armas letais durante um encontro violento, a presença de atividades relacionadas às drogas e ao tráfico de armas (muitas vezes envolvendo gangues), a falta de oportunidades econômicas para os jovens que vivem em áreas pobres, a experiência da violência na infância, e imensas disparidades sócio-econômicas, são todos fatores que contribuem para os registros de mortes e lesões relacionadas a armas de fogo.

<b>Mortalidade Anual Causada por Armas de Fogo</b>			
<b>País</b>	<b>Momento e natureza do conflito</b>	<b>Óbitos</b>	<b>Óbitos/Ano</b>
Brasil	Armas de Fogo 1993 - 2003	325.551	32.555
Chechênia	Movimento de libertação 1994 -	50.000	25.000
Etiópia	Disputas territoriais 1998 - 2000	50.000	25.000
Guatemala	Guerra Civil 1970 - 1994	400.000	16.667
Algéria	Guerra Civil 1992 - 1999	70.000	10.000
Guerra do Golfo	Disputas territoriais 1990 - 1991	10.000	10.000
El Salvador	Guerra Civil 1980 - 1992	80.000	6.667
Armênia/Azerbaijão	Disputas territoriais 1988 - 1994	30.000	5.000
Nicarágua	Guerra Civil 1972 - 1979	30.000	5.000
Timor Leste	Independência 1974 -2000	100.000	3.846

Tabela 5: Mortalidade anual causada por armas de fogo

Fonte: Mortes Matadas por Armas de Fogo no Brasil entre 1979 e 2003. Brasília: UNESCO, 2005

Os custos econômicos advindos da criminalidade, criminalidade que está diretamente relacionada com o consumo de drogas ilícitas se dividem em custos diretos e indiretos. Os custos diretos referem-se aos bens e serviços públicos e

privados gastos no tratamento dos efeitos da violência e prevenção da criminalidade no sistema de justiça criminal, encarceramento, serviços médicos, serviços sociais e proteção das residências. Os indiretos referem-se a perda de investimentos, bens e serviços que deixam de ser captados e produzidos em função da criminalidade e do envolvimento das pessoas (agressores e vítimas) nestas atividades.



Gráfico 9: Custos da violência e criminalidade em relação ao PIB municipal

Fonte: CRISP/UFMG – ISER-ILANUD

Os custos econômicos relacionados à violência na cidade de São Paulo em 1999, segundo o ILANUD (Instituto Latino-Americano para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente) estimam que os gastos do poder público no combate a criminalidade cheguem a R\$4,2 bilhões. A perda com bens e serviços que deixaram de ser produzidos gira em torno de R\$ 470 milhões e os gastos da sociedade civil na compra de `segurança` e perdas geradas diretamente pelos incidentes em torno de R\$ 4,7 bilhões.

## CONCLUSÃO

Ao chegar ao término do presente trabalho sobre a política empregada ao combate às drogas ilícitas conclui-se que, destinada a erradicar do globo todo um leque de substâncias psicoativas, as diretrizes proibicionistas terminaram por produzir um efeito contrário. Fica claramente identificável que as organizações ilegais fortaleceram-se, uma variedade maior de drogas ilícitas fica a disposição dos usuários ou consumidores, e a violência que acompanha todo o negócio ilegal não para de crescer.

Enormes quantias são gastas em trabalhos de repressão, prevenção e cuidados médicos para tratamentos dos usuários por parte do Estado, ao passo que, em caráter privado, empresas perdem pela produtividade de seus trabalhadores adoecidos. Visto que, a decisão de se consumir ou não drogas psicoativas só diz respeito à uma escolha individual, tal usuário, ao optar pelo uso de determinada substância deveria se responsabilizar pelo seu ato, mediante pagamentos de impostos ao adquirir tal produto; e multas, penas ou prisões caso o consumo abusivo levasse risco a liberdade ou a saúde de terceiros. Como hoje acontece com os cigarros, através de multas para uso em locais fechados ou o uso em determinados espaços públicos, e com a bebida consumida em excesso através do pagamento de multas ou privação da liberdade, conhecida popularmente como lei seca.

Em ambos os casos não se retiram a liberdade individual de escolha, onde cada consumidor pode optar em consumir ou não seu cigarro ou sua bebida, mas sabe que ao consumir estará sujeito às aplicações penais previstas em lei. A produção e comercialização estariam sujeita ou a manutenção do Estado, ou as forças privadas, e em ambos os casos haveria uma desoneração dos cofres públicos, e os recursos destinados ao combate e a repressão poderiam ser alocados para outros setores como a saúde, a prevenção, campanhas educativas, educação, entre outros.

Creio ser este o modo, aliado a campanhas educativas, mais sensato para lidar com a questão das drogas ilícitas. Uma vez que o simples fato de se penalizar com multas e prisão, também ao usuário, fez com que houvesse uma diminuição

significativa no número de consumidores (caso dos cigarros) e no número de acidentes relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas. As campanhas educativas em torno do uso de cigarros, como o aumento das informações referentes ao mesmo, campanhas publicitárias proibidas em veículos de informação e a proibição de associá-los ao “mundo jovem”, reduziram consideravelmente o consumo do mesmo. Isso é algo que poderia facilmente ser transportado para a categoria de drogas ilícitas, visto que segundo a ONU cada dólar utilizado na prevenção e no tratamento significa a economia de US\$ 5 no futuro, em gastos com problemas causados pelas drogas, como segurança processos judiciais, entre outros.

Diante do apresentado, até mesmo um leitor francamente contrário ao uso de qualquer substância psicoativa estaria em condições de questionar o proibicionismo aplicado nos dias atuais. Concluir que a estratégia geral da prevenção de recaídas consiste em ajudar os dependentes de drogas em situação de crise a ir mais além de um simples raciocínio intelectual de recaída, a conseguir uma aceitação interior do problema que lhes afeta e de suas implicações em diferentes níveis (pessoal, familiar, interpessoal, etc.).

Esta é uma tarefa difícil, cujo êxito na sua execução pode ser determinante para que as estratégias de avaliação e de intervenção cheguem a incidir no processo de recuperação de cada paciente, produzindo mudanças duradouras e estáveis em seu processo de abstinência e de mudança de estilo de vida.

## ANEXOS

Gráfico das doenças no Brasil e no mundo da esquizofrenia

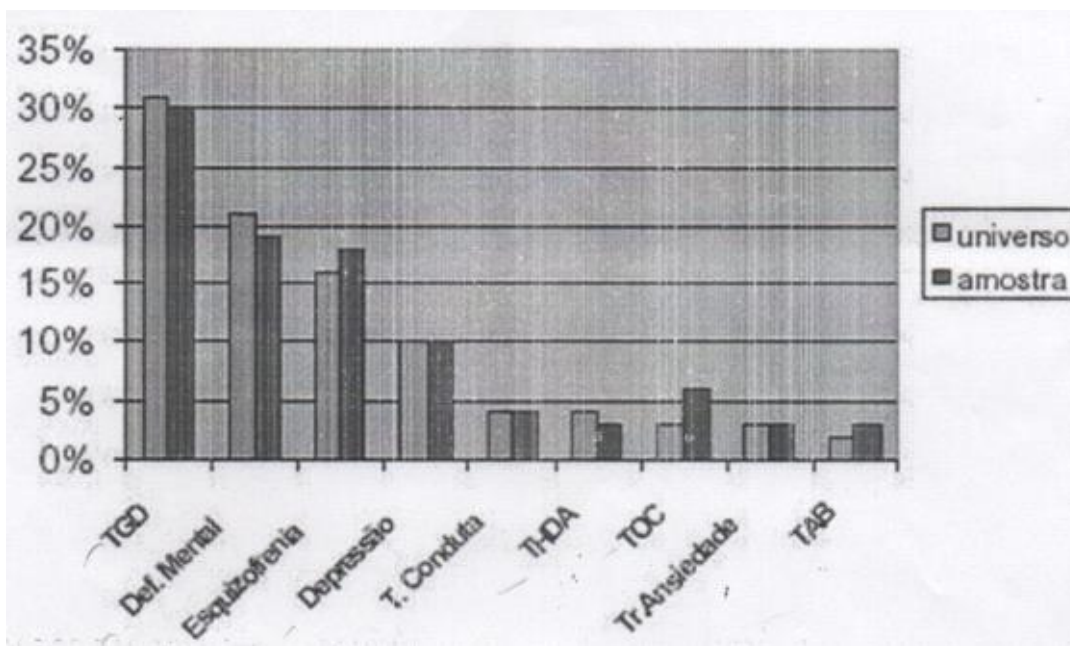


Gráfico da patologia da Esquizofrenia

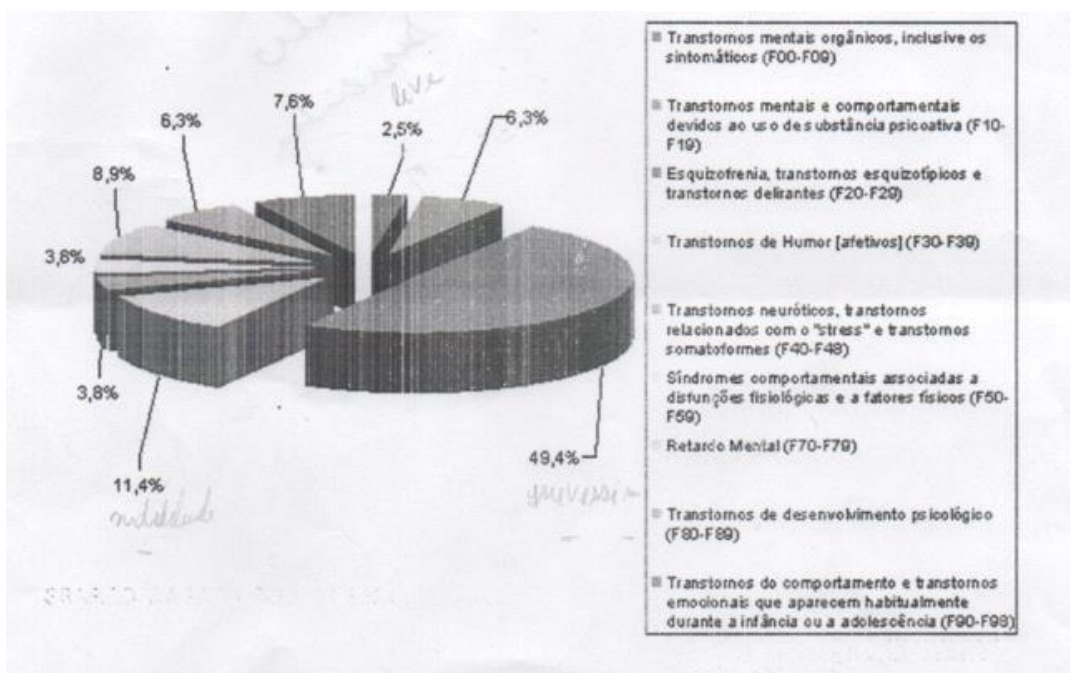
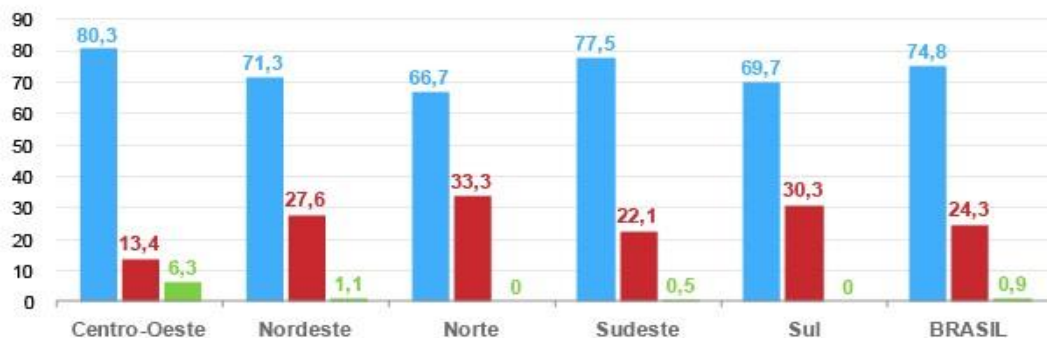


Gráfico sobre suicidas

**Uso de drogas por jovens em cumprimento de medidas socioeducativas**

Distribuição por região do país, em porcentagem

■ Usuários de drogas ■ Não usuários ■ Não responderam



g1.com.br

Fonte: DMF e DPJ/CNJ

Gráfico de estatística qualitativo e quantitativo sobre suicidas

**Tabela 2**

*Distribuição dos adolescentes com ideação suicida por sexo e idade (n = 188)*

Idade	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	f	%	f	%	f	%
15 anos	35	57,3	46	36,2	81	43,1
16 anos	15	24,5	47	37,0	62	33,0
17 anos	6	9,8	18	14,1	24	12,8
18 anos	5	8,1	12	9,4	17	9,0
19 anos	0	0,0	4	3,1	4	2,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>188</b>	<b>100,0</b>





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERTX Jr., José e TOGNOLLI, Cláudio Júlio. O século do crime. São Paulo: Boitempo Editorial, 1996.

ALBERTX Jr., José. Narcotráfico – um Jogo de Poder nas Américas. São Paulo: Moderna, 1993.

BARATTA, Alessandro. Criminologia crítica e crítica do direito penal. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1999.

BATISTA, Nilo. Introdução crítica ao direito penal brasileiro. Rio de Janeiro: Revam, 1999. . Mídia e sistema penal no capitalismo tardio. In: Discursos Sediciosos, nº. 12. Rio de Janeiro: Revam, 2002. .

Política criminal e derramamento de sangue. In: Discursos Sediciosos, nº 5/6. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.

BATISTA, Vera Malaguti. Difíceis ganhos fáceis – drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.

BAUMAN, Zygmund. Comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BENJAMIN, Cid e LUZ, Hélio. Um Xerife de esquerda. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ Contraponto, 1998.

CARVALHO, Sallo de. A política criminal das drogas no Brasil. Rio de Janeiro: Luam, 1997. CASTRO, Lola Anyar de. Criminologia da reação social. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

CERNICCHIARO, Luiz Vicente. Dicionário de direito penal. Brasília: Universidade de Brasília, 1974.

92 CHRISTIE, Nils. A indústria do controle do crime. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

COYLE, Diane. Sexo, drogas e economia. São Paulo: Futura, 2003.

DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DEL OLMO, Rosa. Geopolítica de las drogas. Medellín: In: Revista Análisis, 1998.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 2000.

GABEIRA, Fernando. A maconha. São Paulo: Publifolha, 2000.

JESUS, Damásio E. de. Lei antitóxicos anotada. São Paulo: Saraiva, 1997.

KARAM, Maria Lúcia. A esquerda punitiva. In: Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade, nº 1. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

KARAM, Maria Lúcia. De crimes, penas e fantasias. Niterói: Luam, 1993.

MAGALHÃES, Mário. O narcotráfico. São Paulo: Publifolha, 2000.

MATTAR, Fauze N. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Atlas, 1994.

PROCÓPIO, Argemiro. O Brasil no mundo das drogas. Petrópolis: Vozes, 1999.

ROCCO, Rogério. O que é legalização das drogas? São Paulo: Brasiliense, 1996.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: uma guerra na guerra. São Paulo: Desativo, 2003. SHEERER, Sebastian. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910/1920).

In: Drogas é legal? Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SILVA FRANCO, Alberto. Crimes hediondos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

THOMPSON, Augusto. Quem são os criminosos. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1998.

93

TOMANIK, Eduardo A. O olhar no espelho: “conversas” sobre pesquisa em ciências sociais. Maringá: EDUEM, 1994.

WACQUANT, Loic. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

YOUNG, Jock. A sociedade excludente. Rio de Janeiro: Revan, 2002. ZACCONI, Orlando. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Raúl Eugênio e BATISTA, Nilo. Direito Penal Brasileiro. primeiro volume. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

ZAFFARONI, Raúl Eugênio. Crime organizado: uma categorização frustrada. In: Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade, nº 1. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

ZAFFARONI, Raúl Eugênio. Em busca das penas perdidas. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

ALBERTX Jr., José e TOGNOLLI, Cláudio Júlio. O século do crime. São Paulo: Boitempo Editorial, 1996. ALBERTX Jr., José. Narcotráfico – um Jogo de Poder nas Américas.

BATISTA, Vera Malaguti. Díficeis ganhos fáceis – drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998.

BAUMAN, Zygmund. Comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BENJAMIN, Cid e LUZ, Hélio. Um Xerife de esquerda. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ Contraponto, 1998.

CARVALHO, Sallo de. A política criminal das drogas no Brasil. Rio de Janeiro: Luam, 1997.

CASTRO, Lola Anyar de. Criminologia da reação social. Rio de Janeiro: Forense, 1983.

CERNICCHIARO, Luiz Vicente. Dicionário de direito penal. Brasília: Universidade de Brasília, 1974.

92 CHRISTIE, Nils. A indústria do controle do crime. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

COYLE, Diane. Sexo, drogas e economia. São Paulo: Futura, 2003.

DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DEL OLMO, Rosa. Geopolítica de las drogas. Medellín: In: Revista Análisis, 1998.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 2000.

GABEIRA, Fernando. A maconha. São Paulo: Publifolha, 2000. JESUS, Damásio E. de. Lei antitóxicos anotada. São Paulo: Saraiva, 1997.

KARAM, Maria Lúcia. A esquerda punitiva. In: Discursos Sediciosos – Crime, Direito e Sociedade, nº 1. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

KARAM, Maria Lúcia. De crimes, penas e fantasias. Niterói: Luam, 1993.

MAGALHÃES, Mário. O narcotráfico. São Paulo: Publifolha, 2000.

MATTAR, Fauze N. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Atlas, 1994.

PROCÓPIO, Argemiro. O Brasil no mundo das drogas. Petrópolis: Vozes, 1999.

ROCCO, Rogério. O que é legalização das drogas? São Paulo: Brasiliense, 1996.

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: uma guerra na guerra. São Paulo: Desativo, 2003.

SHEERER, Sebastian. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910/1920).  
In: Drogas é legal? Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SILVA FRANCO, Alberto. Crimes hediondos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2000. THOMPSON, Augusto. Quem são os criminosos. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1998. 93

TOMANIK, Eduardo A. O olhar no espelho: “conversas” sobre pesquisa em ciências sociais. Maringá: EDUEM, 1994.

WACQUANT, Loic. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

YOUNG, Jock. A sociedade excludente. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

ZACCONI, Orlando. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

ZAFFARONI, Raúl Eugênio e BATISTA, Nilo. Direito Penal Brasileiro. primeiro volume. Rio de Janeiro: Revan, 2003.