

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRITO SANTO

HÉRCULES AGUIAR DA COSTA

**AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS PROPOSTAS PELO PODER LEGISLATIVO  
DO ESTADO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2005 A 2013**

VITÓRIA  
2013

HÉRCULES AGUIAR DA COSTA

**AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS PROPOSTAS PELO PODER LEGISLATIVO  
DO ESTADO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2005 A 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio

VITÓRIA  
2013

HÉRCULES AGUIAR DA COSTA

**AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS PROPOSTAS PELO PODER LEGISLATIVO  
DO ESTADO ESPÍRITO SANTO NO PERÍODO DE 2005 A 2013**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em, 04 de dezembro de 2013, por:

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Mirian Cátia Vieira Basílio, FCSES - Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Andréa Campos Romanholi, FCSES

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Jaqueline da Silva, FCSES

Para toda minha família, especialmente,  
José Raimundo, Roseneide e Lauriene,  
vocês são minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente a Deus, que me fortaleceu todos os dias para que eu pudesse trilhar esse caminho. Agradeço a Ele, pois dEle emana todo o conhecimento, toda sabedoria, pela força que me deste e pela saúde.

Agradeço aos meus amados e queridos pais, José Raimundo e Roseneide, pelo incentivo, apoio, confiança, por contribuírem na concretização dessa vitória, mesmo surgindo muitos obstáculos e barreiras, sempre acreditaram em meu potencial e me mostraram que com Deus tudo se torna possível.

A minha linda, querida e amada esposa, pelo incentivo, companheirismo, paciência, dedicação e compreensão da importância deste estudo, pois você faz parte dessa vitória.

Agradeço a professora Mirian Cátia pela contribuição e apoio nesse processo, orientações, pelo incentivo. Ressalto aqui, a excelente profissional que com toda paciência e dedicação soube compreender, apoiar e orientar a evolução deste trabalho.

Agradeço as colegas de classe pelas importantes reflexões, que contribuíram para o amadurecimento profissional, especialmente a Camila Ribeiro e Simone Rodrigues.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste trabalho!

"As drogas, mesmo o *crack*, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes".  
Antonio Nery Filho

## RESUMO

O objetivo deste estudo é identificar as legislações sobre drogas propostas pelo Legislativo do Estado do Espírito Santo. Os dados foram obtidos através de uma Pesquisa documental realizada a partir do site da Assembleia Legislativa. A busca compreendeu as legislações formuladas no período de janeiro de 2005 a agosto de 2013. Buscou-se a partir destes documentos identificar: os autores das leis, os projeto de leis, decretos regulamentares, data da lei, ementa da lei e o número da lei. Foram identificadas 19 legislações no período de janeiro de 2005 a agosto de 2013. Verifica-se que a constituição das legislações sobre drogas no legislativo estadual encontra-se permeada pelo discurso conservador e preconceituoso próprio as políticas proibicionistas que marcam a trajetória da política de drogas no contexto brasileiro. E ainda, verifica-se a existência de propostas legislativas confusas e contraditórias. Nesta direção, consideramos que é fundamental a participação da sociedade no processo de formulação e implementação das políticas públicas no país. Torna-se fundamental o controle social, como dispositivo capaz de contribuir para o avanço, ou até mesmo evitar retrocessos, nas políticas públicas nesta área, bem como, para que elas constituam-se componentes de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e inclusão social.

**Palavras-chave:** Drogas. Legislações. Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to identify the drug laws proposed by the Legislature of the State of Espírito Santo. Data were obtained through documentary research conducted from the website of the Legislative Assembly. The research included the laws formulated from January 2005 to August 2013. We sought to identify from these documents: the authors of the laws, the draft laws, decrees, date of the law, the law and the menu number of the law were identified 19 laws from January 2005 to August 2013. It is found that the formation of the laws on drugs in the state legislature is permeated by the conservative discourse and prejudiced own prohibitionist policies marking the history of the history of drug policy in the Brazilian context. And yet, there is the presence of confusing and contradictory campaigns that trivialize alcohol consumption, forbidding and encouraging their consumption, given the logic of the capitalist market. In this direction, we consider it essential to society participation in the formulation and implementation of public policies. Becomes fundamental social control as a device capable of contributing to the advancement, or even avoid setbacks, public policy in this area as well, so that they constitute themselves components of promotion, prevention, treatment, rehabilitation and social inclusion.

Keywords: Drugs. Laws. Public Policies.



## LISTA DE SIGLAS

ALES - Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CT - Conselho Tutelar

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GSI - Gabinete de Segurança Institucional

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

RD - Redução de Danos

SAF - Síndrome Alcoólica Fetal

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas

UNDPC - Programa das Nações Unidas para o Controle das Drogas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS DROGAS .....	14
2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA CAPITALISTA NO BRASIL E A SUA CONEXÃO COM AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS.....	20
2.3 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS LEGISLAÇÕES PROIBICIONISTAS SOBRE DROGAS NO CENÁRIO MUNDIAL E BRASILEIRO .....	37
<b>2.3.1 Análise sobre as Políticas sobre drogas na contemporaneidade</b> .....	53
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	58
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA</b> .....	62
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76

## 1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso que compõe parte da formação em Serviço Social, com foco para a temática das Drogas, vem refletir sobre a constituição das legislações estaduais sobre drogas.

O interesse pela pesquisa decorre da experiência que obtive enquanto acadêmico de Iniciação Científica vinculado ao Programa de Pesquisa, Ensino e Extensão da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

A partir desse contato foi constatado que existe uma demanda maior de produção de conhecimento sobre a temática das questões drogas, para desconstruir o discurso midiático, falacioso e sensacionalista, que banaliza o ato de beber e criminaliza o usuário das drogas ditas ilícitas. A partir da experiência adquirida enquanto acadêmico de Iniciação Científica identifiquei que de um lado, há grande demanda pela redução da oferta e do consumo de drogas, de outro, há fragmentação das políticas públicas que abordam a questão das drogas. Essa constatação foi relevante para a escolha e proposta do estudo, que aqui apresentamos, que tem como foco as legislações sobre drogas criadas pela Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo (ALES).

Nesta direção, a temática a respeito das questões drogas constitui-se relevante, enquanto parte constitutiva da nossa realidade social, na qual esse fenômeno tem se apresentado de forma explícita na sociedade. Discutir essa temática é de suma importância para subsidiar a elaboração e implementação de políticas públicas efetivas.

E ainda, este estudo poderá subsidiar os profissionais que atuam diretamente com essa demanda, especialmente os de serviço social na sua prática profissional e na formulação, monitoramento e avaliação de políticas públicas respaldadas numa produção científica.

Neste sentido, é fundamental compreender que o assunto das drogas não se caracteriza apenas como um “problema, mas faz parte da cultura humana há milhares de anos como instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social” (CARNEIRO, 2009, p. 14).

É válido ressaltar que a questão das drogas quando transcende os aspectos culturais e religiosos, e o seu uso fora dessa prerrogativa, passou a participar do espaço da ilegalidade e legalidade, da licitude e da ilicitude, dependendo de como as drogas são tratados em cada sociedade (CARNEIRO, 2009).

Dessa forma, “a pesquisa, no Serviço Social, ergue a sua valorização profissional como prática crítica que não se limita a colocar na sua ação interventiva os conhecimentos advindos de outras realidades e de outras regiões do saber. Com isso, a liberdade científica do Serviço Social se fortifica, multiplicando o seu desejo pelo desvendamento da realidade, na qual sua prática se constrói” (SETUBAL, 2009, p. 133).

Nesta direção, ponderamos que o estudo realizado, se dá em um momento oportuno, visto que o tema tem tomado um grau de complexidade na contemporaneidade, a pesquisa poderá servir como possível fonte de consulta para a construção de políticas voltadas para a questão drogas, que possam contribuir para reduzir o sofrimento daqueles que consomem abusivamente substâncias psicoativas.

A pesquisa, além disso, poderá contribuir para a produção de novos conhecimentos científicos, que proporcionem novas reflexões para os profissionais que atuam na rede de serviços de saúde ou outras áreas.

Pautados nestas reflexões o objetivo deste trabalho é identificar as legislações sobre drogas propostas pela Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo (ALES) no período de 2005 a 2013; e como objetivos específicos: identificar o caráter das ações proposta pela ALES (se coercitiva, repressiva, preventiva e tratamento); identificar o público alvo das ações proposta pela ALES; identificar os atores propositores das ações propostas pela ALES e, identificar o tipo de droga para qual estão dirigidas as legislações.

Desta forma, o presente trabalho está configurado da seguinte forma:

Inicialmente, apresentaremos uma breve contextualização sobre a história das drogas, com o intuito de apresentar a leitor os conceitos, concepções que foram configurados socialmente sobre esse fenômeno e seu dualismo no debate sobre a legalidade e ilegalidade das substâncias psicoativas.

Em seguida, realizamos uma contextualização histórica sobre as políticas sociais no contexto de desenvolvimento do sistema capitalista no Brasil, com vistas a refletir sobre os interesses que estão articulados a própria constituição das legislações sobre drogas com caráter proibicionista, conforme determinação dos organismos internacionais, capitaneados pelos EUA. Concluímos o capítulo realizando uma interessante viagem pelo século XIX, XX, XXI, na qual buscamos conhecer a construção das legislações brasileira sobre drogas, que culminou na constituição da Política Nacional sobre Drogas essas perspectivas ideológicas. Na atual conjuntura, as políticas tendem a ser firmadas sob a lógica neoliberal, apresentado-se como desafios no campo das políticas de saúde mental e seus desdobramentos no campo do álcool e outras drogas.

Posteriormente, apresentaremos na metodologia o caminho trilhado para a efetivação desta pesquisa. Realizamos uma pesquisa de cunho qualitativo/quantitativo, constituindo-se em um estudo que envolveu uma revisão bibliográfica de teóricos conhecedores do tema, o que possibilitou a coleta de dados que serão analisados a seguir, na apresentação dos resultados e discussão da Pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS DROGAS

Neste capítulo realizaremos uma breve contextualização sobre a história das drogas na humanidade e suas diferentes atribuições nas diversas culturas e sociedades e a sua configuração mutável no transcorrer da história.

De acordo com Carneiro (2005a), citado por Albuquerque (2010), a “palavra droga provavelmente deriva do termo holandês *droog*, que significa produtos secos e servia para designar, do século XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina” [...] ou como substância que poderia ser utilizada “por mero prazer” (CARNEIRO apud ALBUQUERQUE, 2010, p. 14-15).

Carneiro (2005b) aponta que:

O conceito de drogas é extremamente polissêmico. Seus significados abrangem tudo que se ingere e que não constitui alimento, embora alguns alimentos também possam ser designados como drogas: bebidas alcoólicas, especiarias, tabaco, açúcar, chá, café, chocolate, mate, guaraná, ópio, cânhamo, assim como inúmeras outras plantas e remédios (CARNEIRO apud ALBUQUERQUE, 2010, p.15).

Para Gonçalves (1988) a definição de “droga é toda substância que, introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais de suas funções” (GONÇALVES, 1988, p. 9). Verifica-se que o conceito de drogas é muito amplo, e todos os homens em um momento da vida fazem uso dessas substâncias, seja com maior ou menor intensidade.

A medicina traz uma definição sobre droga como sendo “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2003a, p. 7).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), drogas é: “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento” (OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, c2007).

Nesta direção, é possível observar que o relacionamento do homem com substâncias psicotrópicas remete ao passado longínquo (JANSEN, 2007). Desde tempos imemoriais, o homem vem realizando o consumo de “substâncias psicoativas”<sup>1</sup> para variadas finalidades que passa do “emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento do estados de êxtase místico/religioso”. Da mesma forma, tem sido seu consumo com intuito medicinal, ora na realização de atividades “religiosas tradicionais”, ora no âmbito “médico-científico” (MACRAE, acesso em 5 mai. 2013, p. 1).

Segundo achados arqueológicos o consumo da folha de coca “planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana” é uma prática milenar que os índios dos *Andes* (Peru) praticavam há cerca de 2.500 antes de Cristo. O governo Inca controlava a distribuição da folha da coca, sendo esta distribuída moderadamente apenas para uso nos rituais religiosos (JANSEN, 2007).

De acordo com Samoza citado por Jansen (2007, p. 04):

A coca está ligada às origens das diversas culturas andinas, fazendo parte da economia do império Inca, baseada na troca, mas também na farmacopeia, tendo sido utilizada pelos médicos indígenas na cura e prevenção de diversos males e para amenizar dores.

Para os povos incas, a planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana era sagrada, um presente da divindade Sol (Inti), um mito relacionado ao Manco Capac, o filho do sol, que desceu sobre as águas da lagoa Titicaca para instruir os homens as artes, a agricultura e presentear o homem com a folha da coca. Até a chegada dos espanhóis à América o uso da folha da coca era um direito, um privilegio dos nobres do povo Inca. Entretanto, o uso da folha da coca se difundiu entre os índios no período colonial, embora houvesse oposição da Igreja Católica. Além disso, na região norte brasileira, a coca também é chamada de epadu. Várias tribos da Bacia Amazônica, que faz fronteira com a região da Venezuela, Colômbia e Brasil, mantêm o hábito de mascar o “epadu” ou “ipadu” (FERREIRA; MARTINI, 2001).

No caso do cânhamo conforme Jansen (2007) é conhecido pela humanidade, aproximadamente, há 12.000 anos. Os gregos e os chineses utilizavam o cânhamo

---

<sup>1</sup> Prefere-se o termo “substâncias psicoativas” à palavra “droga”, de uso mais comum, por esta trazer uma conotação demasiadamente negativa e preconceituosa. Lembramos que estas substâncias são utilizadas não somente por adictos ou dependentes mas por todo tipo de pessoas. O termo substância psicoativa também tem a vantagem de aludir à psique, escapando de um determinismo exclusivamente farmacológico. (MACRAE, acesso em 5 mai. 2013, p. 2).

para fazer cordas para serem utilizadas em suas embarcações. A China há 3.000 anos também usava o cânhamo como medicamento no tratamento de malária, reumatismo e problemas intestinais.

O ópio é identificado especialmente no cenário “místico, político, econômico e medicinal”. Para os povos antigos da Grécia, o ópio tinha características divinas, e a sua aplicação era um presente dos deuses para tranquilizar os adoecidos. A história global do uso do ópio perpassa pela China, onde desde os períodos pré-históricos a planta que gera o ópio (a papoula) representava o povo chinês (TOTUGUI, 1988, p.1).

Achados arqueológicos mostram que os homens já usavam drogas psicoativas em épocas pré-históricas. Estudos antropológicos apresentam que nativos de várias regiões do globo terrestre levedavam cereais para produzir bebidas alcoólicas. “Por exemplo, índios do Sul do Amazonas, habitantes das vizinhanças do rio Xingu, ainda hoje fermentam extrato de mandioca para fazer a bebida alcoólica denominada caxiri, que é consumida em festas e cerimônias religiosas” (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007, p. 01).

Nesse sentido, em algumas sociedades o consumo de substâncias psicoativas, na maioria das vezes eram usadas nas práticas culturais e religiosas e seu uso era moderado. No entanto, de acordo com Totugui (1988), a existência de drogas ocorre em diversos cenários tais como: “religioso, político, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, climatológico, militar e o da busca de prazer” (TOTUGUI, 1988, p.1).

O uso de drogas fora de qualquer contexto de rito cultural-religioso ocorreu quando a droga foi transformada em mercadoria, esta de grande valor para o capital. Porém, só a partir da Revolução Industrial que as drogas foram produzidas de forma massiva para atender ao crescente mercado (JANSEN, 2007).

No século XVI, foi criado um medicamento chamado láudano, que era produzido a partir da mistura do álcool e do ópio (VALENÇA, 2010). No século XVIII a Inglaterra substituiu os portugueses na comercialização do ópio com os chineses. Como resultado, o governo chinês proibiu a venda do ópio no ano de 1729. Nesta época a coroa inglesa lucrava cerca de 11 milhões de dólares com a exploração da venda do ópio para a China, principalmente, para a cidade de *Lintim*. Essa proibição chinesa



da venda do ópio comercializado pelos ingleses desencadeou uma guerra com fins estritamente econômicos. A chamada guerra do ópio durou de 1840 a 1860 (JANSEN, 2007), a Inglaterra deteve por um longo período a exploração e comercialização do ópio, esse monopólio lhe gerava altíssimos lucros, obrigando a China a importar a droga (TOTUGUI, 1988).

Em 1804, a morfina foi sintetizada e era indicada para diversas doenças, nos Estados Unidos por exemplo, a morfina teve uma função importante na Guerra Civil americana de 1861-1866, essas substâncias foram utilizadas como anestésicos para diminuir as dores dos feridos. Na Europa, os uso também seu deu nas “guerras Austro-prussiana (1866) e Franco-prussiana (1870/1871)”. Além disso, as drogas eram consumidas pela classe dominante da época para reduzir as dores da alma, pois, não frequentavam os locais onde acontecia a guerra. Segundo Valença (2010) o ópio e a cocaína foram as substâncias elegidas pelos médicos europeus e americanos como as substâncias essenciais a vida durante grande parte do século XIX (VALENÇA, 2010, p. 32).

No ano de 1860 a cocaína foi sintetizada e em poucos anos, foi compreendido por muitos médicos que a cocaína ocasionava menor dependência que a heroína, e pareceu ser mais eficaz do que a morfina, e menos prejudicial que o ópio em natura. Dessa forma, até o final do século XIX a cocaína foi receitada pelos médicos como “anestésico, como antídoto para prostração nervosa, para neurastenia e debilidade geral”. Com esse quadro generalizado de consumo de cocaína, os efeitos negativos começaram a aparecer e com muita frequência (VALENÇA, 2010, p. 33).

No final do século XIX a cocaína se propagou, sendo usada em algumas bebidas “como o Vinho Mariani e a Coca-Cola”, que utilizou concentrações razoáveis da substância por diversos anos. O refrigerante foi vendido com cocaína nos seus ingredientes até o ano de 1903.

A partir de 1960 a cocaína tornou-se a droga da elite. A cocaína só se tornou mais popular a partir de 1980 com diminuição do valor das matérias primas no comércio mundial. O capitalismo e as drogas não se encontram ligados exclusivamente no que diz respeito às drogas ilegais, mas também no comércio e no consumo de drogas legais (JANSEN, 2007).

Da mesma forma, entre o século XIX e metade do século XX, a *cannabis* era uma planta indispensável na cultura da região nordeste brasileira (DÓRIA apud VALENÇA, 2010) e também na agricultura dos Estados Unidos, os chefes de Estado “Franklin e Jefferson” por exemplo, constituíram-se dois dos maiores cultivadores. E ainda quando havia insuficiência do cultivo do cânhamo<sup>2</sup>, várias cidades americanas corriam o risco de ficar sem iluminação pública, pois, antes da luz elétrica era usado o óleo de cânhamo como produto para gerar luz (VALENÇA, 2010).

O assunto das drogas não se caracteriza apenas como um “problema, mas faz parte da cultura humana há milhares de anos como instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social” (CARNEIRO, 2009, p.14). A questão das drogas quando transcende os aspectos culturais e religiosos, e o seu uso fora dessa prerrogativa, passou a participar do espaço da ilegalidade e legalidade, da licitude e da ilicitude, dependendo de como as drogas são tratados em cada sociedade.

Na sociedade contemporânea, o consumo de álcool e tabaco que precede muitas vezes o uso de drogas ilegais, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 1997, constatou que a porcentagem de adolescentes no Brasil que já usaram substâncias psicoativas entre 10 e 12 anos de idade é bastante expressiva: 51,2% já ingeriram bebida alcoólica; 11% usaram tabaco; 7,8% usaram solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% usaram anfetamínicos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 1997).

Em 2003, em Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras. No levantamento realizado na cidade de Vitória, a capital do Espírito Santo a droga mais usada é o tabaco com o uso diário, em seguida as bebidas alcoólicas (especialmente a cerveja). Os solventes e inalantes foram relatados como uso no mês e com frequência diária. Também encontrado o uso de maconha e de derivados da coca (*crack*). Não foi relatado o consumo de medicamentos psicotrópicos (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2003b).

No Segundo Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País, realizado em 2005 pela

---

<sup>2</sup> - o cânhamo é uma variedade do gênero *Cannabis* mas, sem o potencial psicoativo da *cannabis sativa* – que é conhecida popularmente como maconha (VALENÇA, 2010,p. 32 ).

CEBRID. “O uso na vida de Maconha aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados. Comparando-se esse resultado com outros estudos pode-se verificar que é bem menor que o de países, como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%). Mas superior à Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%)” (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2005, p. 34).

Entretanto, entre as drogas lícitas “a estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% e de tabaco 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.700.635 de pessoas, respectivamente”. Dessa forma, ao avaliarmos quais drogas causam mais prejuízos à sociedade, estatisticamente as drogas lícitas, em especial o álcool, têm causado danos graves e muitas vezes irreversíveis como: acidentes de trânsito, afastamento do trabalho ou aumento da violência doméstica (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS, 2005, p. 34).

Portanto, a divisão de drogas lícitas e ilícitas precisam ser reavaliados, pois algumas drogas lícitas trazem maior prejuízo a sociedade do que as drogas ilícitas. Desta forma, é necessário a constituição de políticas públicas que possibilite a redução dos danos causados por essas substância.

Dessa forma, com a elevação da taxa de morbidade e mortalidade parece haver uma relação com a redução do preço da substância psicoativa e uma maior disponibilidade. Com isso, uma maior quantidade de pessoas passaram a consumir drogas em concentrações e doses cada vez mais altas, informações que jamais tinha sido referido no passado contemporâneo (FERREIRA; MARTINI, 2001).

Além de todos esses aspectos, com o surgimento do *Crack* em 1980, o mundo passou a testemunhar uma nova fase na história da cocaína, principalmente em relação ao grau de toxicidade. Seguramente a história da cocaína não terminou. O comportamento do homem em relação a uma substância encontrada em uma árvore tomou dimensões que o homem nunca esperava que alcançasse em pouco mais de cem anos, e causaram tantos problemas à sociedade contemporânea (FERREIRA; MARTINI, 2001).

O *crack* surgiu na década de 1980 nos bairros periféricos e marginais de Los Angeles e Miami, nos Estados Unidos. A substância era obtida a partir de processo caseiro e consumida em grupos, em locais abandonados e precários. “Os cristais eram queimados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando exposto ao fogo,

daí o nome da droga” (RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012, p.33). Essa substância psicotrópica produzia uma euforia de grande magnitude e curta duração, acompanhada da fissura intensa e desejo por uma nova dose (RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012).

As primeiras informações sobre o *crack* no Brasil são provenientes da mídia ou de órgãos policiais. No início da década de 1990 a droga chegou ao Brasil e se disseminou inicialmente em São Paulo. O consumo do *crack* se espalhou nos bairros periféricos, por ser uma droga de custo mais baixo do que o cloridrato de coca, a cocaína refinada em pó. De acordo com Ribeiro e Laranjeiras (2012), para popularização do *crack* e aumentar as vendas, os traficantes esgotavam as reservas de outras drogas nos pontos de distribuição, disponibilizando apenas as pedras. Logo, diante da falta de alternativas, os usuários foram obrigados a optar e aderir ao uso da nova droga.

Primeiramente, o consumo do *crack* alcançou uma classe de consumidores seduzidos pelo preço mais baixo do que o da cocaína refinada, outros buscavam os efeitos mais intensos da droga (RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012).

Segundo Ribeiro e Laranjeiras (2012), em pesquisa realizada em São Paulo no período de 1994 a 1999 com usuários de *crack*, revelou que o motivo de usar o *crack* era atribuído à busca pela sensação de prazer. Após cinco anos, um segundo estudo demonstrou que os motivos para o consumo havia mudado de maneira drástica: o consumo se transformou em uma alternativa para lidar com as frustrações e os conflitos familiares. Além disso, o *crack* atingiu todas as classes sociais, devido a insuficiência dos serviços públicos para essa demanda.

## 2.2 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS POLÍTICAS SOCIAIS NO CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA CAPITALISTA NO BRASIL E A SUA CONEXÃO COM AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS

Neste capítulo realizaremos uma contextualização histórica sobre as políticas sociais no contexto de desenvolvimento do sistema capitalista no Brasil, com vistas a refletir sobre os interesses que estão articulados a própria constituição das legislações

sobre drogas com caráter proibicionista, conforme determinação dos organismos internacionais, capitaneados pelos EUA.

As políticas sociais e a formação de padrões de proteção social são consequência e também são “respostas e formas de enfrentamento às expressões multifacetadas da questão social<sup>3</sup> no capitalismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51), o qual está fundamentado nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. Segundo Netto, citado por Behring e Boschetti (2011, p. 51), “a questão social se expressa em suas refrações e, por outro lado, os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento”. Entretanto, sua origem está no modo com que os homens se organizaram para produzir num determinado período da história, como vimos, construção das “relações sociais capitalista, que tem continuidade na esfera da reprodução social”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 52).

Vale ressaltar que, quando se fala em “produção e reprodução das relações sociais” constata-se num período da história, “sendo a questão social uma inflexão desse processo, trata-se da produção e reprodução – movimentos inseparáveis na totalidade concreta - de condições de vida, de cultura e de produção da riqueza” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 52).

Ao observarmos com cuidado esses argumentos, Braz e Netto, citados por Behring e Boschetti (2011, p. 52-53), aponta que:

[...] em primeiro lugar, vale lembrar que está na base do trabalho teórico presente na crítica da economia política empreendida por Marx, com a colaboração de Engels, a perspectiva de desvelar a gênese da desigualdade social no capitalismo, tendo em vista instrumentalizar sujeitos políticos, tendo à frente o movimento operário, para sua superação. Esse processo, a configuração da desigualdade, e que tem relação com a exploração dos trabalhadores, e as respostas engendradas pelas classes sociais e seus segmentos, a exemplo das políticas sociais, se expressa na realidade de forma multifacetada através da questão social. Desse ponto de vista, é correto afirmar que a tradição marxista empreende, desde Marx e Engels até os dias de hoje, um esforço explicativo acerca da questão social, já que o que está subjacente as suas manifestações concretas é o processo de acumulação do capital, produzindo e reproduzindo com a operação da lei do valor, cuja contraface é a subsunção do trabalho pelo capital, acrescida da desigualdade social e do crescimento relativo da pauperização. Esta última expressão das contradições inerentes ao capitalismo que, ao constituir o trabalho vivo como única fonte de valor e, ao mesmo tempo, reduzi-lo progressivamente em decorrência da elevação da composição

---

<sup>3</sup> Segundo Yamamoto (2011, p. 27) a questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privado, monopolizada por uma parte da sociedade.

orgânica do capital, o que implica um predomínio do trabalho morto sobre o trabalho vivo, promove a expansão do exército industrial de reserva ou superpopulação relativa em larga escala.

Na segunda metade do século XIX, a classe operária reage a exploração exaustiva, baseada na mais-valia absoluta, com as grandes jornadas de trabalho, e ainda a utilização do trabalho das crianças, mulheres e idosos, a luta de classes emerge decisivamente em todas as suas formas, apresentando a questão social: a luta da classe operária com manifestos e paralisações reivindicando a carga horária de trabalho e o valor da força de trabalho (salário), que deveria garantir condições de subsistência para aquele que a possuía, o que está relacionado com as necessidades básicas, com seus elementos históricos e morais. As estratégias da burguesia para suportar a pressão dos trabalhadores, que perpassa desde o pedido de coerção direta do Estado, até mesmo o consentimento na criação de legislações fabris, porém no geral acompanhadas de artifício da ação pública (MARX apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O Estado subjogava arduamente a classe operária, de um lado, e principiava a regulação das relações de produção, por meio da legislação fabril, de outro, a disputa em torno da carga horária de trabalho e as respostas as classes e do Estado são, deste modo, as primárias expressões concretas da questão social, já naquele período repleto de ricas e múltiplas determinações. “Há movimentos dos sujeitos políticos – as classes sociais” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 55). Além disso, apresenta-se um ambiente cultural do liberalismo e com destaque no mercado como porta de acesso aos bens e serviços socialmente produzidos, cuja inclusão estaria relacionada ao mérito individual. Inicia também a movimentação da questão da desigualdade e da exploração como questão social, a ser abordada na esfera estatal e pelo direito formal, que debate a equivalência de oportunidades, em agravo a igualdade de condições. Nesse cenário, verifica-se, a movimentação da burguesia em relação a carga horária de trabalho, a partir do momento em que os capitalistas começaram a desenvolver cada vez mais as máquinas e se interessaram pela jornada normal de trabalho, tendo em vista o valor da redução da forças produtivas (força de trabalho) nas condições exaustivas do início da Revolução Industrial, acrescentadas pelas greves e mobilizações dos operários no final do século XIX (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A instauração da jornada regular de trabalho foi, desta forma, em decorrência da disputa “multissecular entre capitalista e trabalhador”, levando em consideração o tempo passado da inclusão dos operários “livres como os pássaros” no capitalismo e na Revolução Industrial, cuja ação constituiu uma possível gênese da consciência dos trabalhadores enquanto classe (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O período de 1848, cujo as lutas dos operários como importante movimento de ruptura com o projeto da burguesia foi amplamente reconhecido (NETTO apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011), essa ruptura significou um passo determinante para a conquista legal da jornada de trabalho de 10 horas, porém, esta foi considerada como legislação de exceção. A cobertura dessas legislações a todos os trabalhadores só foi conquistada após uma “guerra civil de longa duração mais ou menos oculta entre capitalistas e trabalhadores” (MARX apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 55) em que se conquistou “uma lei estatal, uma barreira social intransponível” (MARX apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56), na segunda metade dos anos 60 do século XIX.

O debate a respeito da jornada de trabalho apresenta o aparecimento da luta de classe e da questão social, bem como as suas formas de confrontação com o princípio da regulamentação da relação capital/trabalho. Nesse contexto, “a legislação fabril pode ser compreendida como precursora do papel que caberá ao Estado na relação com as classes e os direitos sociais no século XX” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56).

No cenário de regulação da jornada de trabalho, uma guerra civil prolongada continuou ainda mais incisiva no final do século XIX e no século XX, pressões pela melhoria dos direitos, “apesar das resistências burguesas sustentadas pelo mais arraigado liberalismo, o que condicionou as possibilidades de expansão das políticas sociais – que viabilizam o acesso aos direitos – pelo menos até a década de 1930” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56). Nesse período, é marcado profundamente pela hegemonia do liberalismo e a principal sustentação era: o princípio do trabalho como mercadoria e a sua regulação pelo livre mercado. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A predominância do mercado como supremo regulador das relações sociais, entretanto, só pode ser realizado na hipótese da ausência de intervenção estatal. “O papel do Estado, uma espécie de mal necessário na perspectiva do liberalismo,

resume-se a fornecer a base legal com a qual o mercado pode melhor maximizar os ‘benefícios aos homens’” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56).

De acordo com Faleiros (1995, p.17):

Toda teoria liberal do bem-estar social está baseada no mercado e no consumo. É no mercado que os indivíduos, átomos sociais, devem procurar satisfazer suas preferências, seus gostos, segundo uma curva de indiferença. (Supõe-se que os operários que produzem um automóvel de luxo não tenham interesse em possuí-lo) Assim, supõe-se que todos os bens que “atendam” às “necessidades básicas” do homem estejam no mercado: alimentação, moradia, roupa, lazer, educação (em parte), saúde (em parte), transporte (em parte). Os subsídios do Estado têm por objetivo manter o lucro das empresas que se dedicam em produzir certos produtos essenciais, como tem sido o caso do leite, do pão, do açúcar. Estas subvenções tem também por objetivo manter estável a demanda em caso da infra ou super-produção. A retirada destas subvenções dos Estados capitalistas para deixar “livre” o preço no mercado, depende das conjunturas econômicas e sociais e, portanto, não é o mercado que conduz a produção com sua “mão invisível”.

Nessa perspectiva apontada por Faleiros, os Estado liberal enfraquece as suas bases materiais e particulares de sustentação dos argumentos liberais que ocorreu no período do final do século XIX e início do século XX, como decorrência de determinados processos econômicos (BEHRING, 2000). Behring (2000) destaca fatores que minaram os argumentos econômicos liberais. “O primeiro foi o crescimento do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos e sociais importantes, como o parlamento, obrigando a burguesia [...], a reconhecer direitos de cidadania política e social [...] para esses segmentos [...]” (BEHRING, 2000, p. 7). Já o segundo fator foi a centralização e monopólio do capital, arruinando a utopia liberal do indivíduo empreendedor. Cada vez mais o mercado passou a ser comando por grandes cartéis, e o surgimento de novas empresas estava ligada a grandes investimentos, nesse período os bancos emprestavam dinheiro formando uma verdadeira fusão do capital bancário e o industrial, que dá origem ao capital financeiro (BEHRING, 2000).

Nesse contexto, a concorrência entre as grandes empresas nacionalistas, que ultrapassaram as suas fronteiras e se transformou em confronto aberto e bárbaro nas duas grandes guerras. No entanto, além das guerras, há um divisor de águas que tem muita importância, “a partir do qual as elites políticas-econômicas começam a reconhecer os limites do mercado se deixado à mercê dos seus propósitos naturais” (BEHRING, 2000, p. 8). A crise de 1929, período conhecido também como a Grande Depressão. Essa crise foi a maior crise econômica mundial do capitalismo



até aquele momento. A crise teve sua gênese no sistema financeiro norte americano, a partir do dia 24 de outubro de 1929, quando foi registrado pela história como o primeiro dia de horror da Bolsa de Nova York. A crise se espalhou por todo o mundo, e reduziu o comércio mundial a um terço do que era antes (BEHRING, 2000).

No cenário da crise de 1929, que durou até 1933, “as políticas sociais se generalizaram nesse contexto, compondo o rol de medidas anticíclicas do período, e também foram o resultado de um pacto social estabelecidos [...] com segmentos do movimento operário” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 71), sem o qual não poderiam ser compreendidas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Na conjuntura da grande depressão John Maynard Keynes (1883-1946), aflito para compreender a crise de 1929 e buscava respostas para ela, Keynes defendia a interferência estatal com o objetivo de reativar a produção. “Ele se referia a uma maior intervenção do Estado na economia, em sintonia apenas do ponto de vista dos fundamentos econômicos, com saídas pragmáticas do período – como vimos, o *New Deal* e o nazi-facismo” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 83).

Nesse período, “[...] os governos passaram a desenvolver políticas de pleno emprego, com base na doutrina Keynesiana, que revolucionou o pensamento econômico entre os anos 20 e 30 do século XX” (PEREIRA, 2011, p. 112).

A partir desse momento, os mínimos sociais passaram a ter um sentido mais amplo, abrangendo, além de políticas de sustentação de renda, “geralmente sob a forma de uma rede de segurança impeditiva do resvala de cidadãos social e economicamente vulneráveis para baixo de uma linha de pobreza legitimada pela sociedade” (PEREIRA, 2011, p. 112), outros artifícios foram acrescentados a proteção social, como: “serviços sociais universais(saúde e educação por exemplo), proteção ao trabalho (em apoio ao pleno emprego) e garantia do direito ao acesso a esses bens e serviços e ao seu usufruto” (PEREIRA, 2011, p. 112). Esta fase ficou conhecida como a fase de ouro das políticas de proteção social, na qual a eficiência em satisfazer as necessidades humanas básicas tornou uma competência promissora, a partir da Europa (PEREIRA, 2011).

Entretanto, com o pouco desenvolvimento econômico e a questão dos problemas inflacionários que evidencia o desempenho das sociedades capitalistas

industrializadas a partir dos anos de 1970, acabaram com esse sentido de proteção social e consecutivamente com a expansão das políticas sociais como garantidoras de direitos. Essas prerrogativas motivaram uma crise financeira ao sistema de seguridade social beveridgiano, provocadas não só pelo crescimento das medidas de regulação ao desemprego, que ficou muito alto, além disso, é pela circunstância que o desemprego causava um grande impacto na gama de gastos sociais. Em virtude disso, iniciaram o levantamento da questão, que se tornaria recorrente, a partir dos anos de 1980, as consequências negativas da política social, de estilo Keynesiano/beveridgiano, sobre a economia capitalista (PEREIRA, 2011).

Behring (2000, p. 2) ressalta que:

[...] existência de políticas sociais, é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se. Evidentemente que não desde os seus primórdios, mas quando se tem um reconhecimento da *questão social* inerente às relações sociais nesse modo de produção, *vis à vis* ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário [...].

Nessa perspectiva, há uma certa concordância que aproximadamente no fim do século XIX como o momento de concepção e ampliação das primeiras legislações e medidas de proteção social, “com destaque para a Alemanha e a Inglaterra, após um intenso e polêmico debate entre liberais e reformadores sociais humanistas” (BEHRING, 2000, p. 2). A propagação do princípio da seguridade social no capitalismo, entretanto, só acontecerá no momento pós Segunda Guerra Mundial, no qual assistirá a particular experiência de construção do *Welfare State* em vários países da Europa Ocidental, destacando o Plano Beveridge<sup>4</sup> que surgiu na Inglaterra em 1942, seguido de múltiplos e variados padrões de proteção social, tanto nos países de capitalismo central, como nos periféricos (BEHRING, 2000). A autora ainda aponta que “[...] as condições para o surgimento e generalização de políticas sociais tenham o referido tempo histórico, o debate sobre o bem-estar na sociedade, sobre o que fazer com os pobres e [...] sobre o papel do Estado nesses processos [...]” (BEHRING, 2000, p. 2).

<sup>4</sup> William Henry Beveridge (1879-1963) dirigiu a London School of Economics entre 1919 e 1937. Em 1941 tornou-se presidente do comitê administrativo interministerial encarregado de um exame geral do sistema previdenciário britânico. Daí resultou o Plano Beveridge (1942), que, aplicando as teorias keynesianas de redistribuição de renda, serviu de base para a reforma da estrutura da previdência social na Inglaterra e em vários outros países difundindo a perspectiva da seguridade social universalizada que articulava a previdência e a assistência social (SANDRONI; BOSCHETTI apud BEHRING, 2000).

A primeira grande crise do capital, com a depressão de 1929-1932, acompanhadas das consequências da Segunda Guerra Mundial, concretizou o princípio sobre a necessidade de intervenção estatal para enfrentamento da questão. Isso só foi possível pela confluência de alguns elementos como:

a) estabelecimento de políticas Keynesianas com vista a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; b) instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo; e c) um amplo acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho [...] (PIERSON; MISHRA apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 92).

O apontado “consenso do pós-guerra” (MISHRA apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011), possibilitou o firmamento de uma união entre as classes, essa união só foi viabilizada por causa do abandono, por parte da classe operária, do projeto de humanização da economia. Os acordos firmados entre os partidos de esquerda e direita também garantiram pactos e compromissos que possibilitou a aprovação de várias legislações sociais e o crescimento do chamado Welfare State (PIERSON apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Nessa perspectiva, os prenúncios que configuram o Welfare State, de acordo Mishra (1995) são aquelas direcionadas pelo Plano Beveridge que aponta:

1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, junto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade de serviços sociais; e 3) implantação de uma “rede de segurança” de serviços de assistência social (apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 94).

Nessa mesma linha de raciocínio, Johnson (1990: 17) também define Welfare State a partir da experiência iniciada na Inglaterra, apontando as principais mudanças ocorridas e que definiriam o que é o Welfare State: 1) introdução e ampliação de serviço nacional de saúde, os serviços de educação, habitação, emprego e assistência aos idosos, a pessoa com deficiência e a criança; 2) a manutenção do pleno emprego; 3) um programa

de nacionalização. Contudo, segundo Marshall (1967), é um equívoco confundir o Welfare State anglo-saxão com o *Plano Beveridge* ou atribuir exclusivamente a Sir William Beveridge a autora do sistema inglês. Para esse autor, não se pode dissociar o surgimento do Welfare State das circunstâncias vividas pela Inglaterra na Segunda Guerra Mundial (apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 94).

É corriqueiro deparar na literatura sobre as políticas sociais o emprego do termo Welfare State para indicar de forma genérica os países que instituíram políticas sociais sob a direção Keynesiana-fordista, em alguns países como a França e Alemanha, não se definem dessa forma. É utilizado com pouca frequência a

terminologia Estado-providência<sup>5</sup> para indicar a ação social do Estado. Essas expressões no entanto, “são formuladas e utilizadas em cada nação para designar formas determinadas e específicas de regulação estatal na área social e econômica [...]” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 96).

Segundo Behring e Boschetti (2011) ressalta que:

Autores como Meny e Thoening (1989), por exemplo, mesmo reconhecendo que a expressão nasce na Inglaterra na década de 1940, afirmam uma visão ampliada do Welfare State o concebe como todo esforço do Estado para modificar as condições do mercado e proteger os indivíduos das suas consequências econômicas e sociais e, nesses termos, seria possível afirmar que ações públicas nessa direção, ainda que “rudimentares”, são originárias do século XIX e se ampliaram no século XX (Meny e Thoening 1989: 25). Mas concordam que a expressão Welfare State seria mais apropriada para designar a generalização dessas ações após a Segunda Guerra Mundial (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 96).

Todavia, os “anos de ouro” do capital “regulado” começa o seu processo de esgotamento nos anos de 1960 (HOBSBAWN apud BEHRING, 2000). As taxas de desenvolvimento, a condição Estado de desempenhar suas funções mediadoras civilizadoras cada vez maiores, o absorvimento das novas classe operária ao mercado de trabalho, passou a partir daquele momento sofrer restrições por causa das tecnologias economizadoras de mão-de-obra, contradizendo as expectativas de pleno emprego, o alicerce primordial daquela experiência. Os gastos públicos e privados aumentaram assustadoramente. Nesse período, houve um grande crescimento da população jovem em 1968, em todo o mundo, e a primeira grande recessão, causada pela elevação dos preços do petróleo em 1973 – 1974, foram as provas decisivas de que o sonho do pleno emprego e da cidadania ligada a periferia do capital, onde nunca se efetivou. As elites político-econômicas da época, começaram a indagar e a culpabilizar pela crise a ampla atuação do Estado “mediador civilizador”, principalmente nos setores que não reverteriam de forma direta em prol de seus interesses. Nesse contexto, se inclui as políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Segundo Pereira (2011, p. 113),

[...] estava posta, ai, uma oportunidade ímpar para os conservadores apregoarem – como de fato fizeram – uma crise de governabilidade

---

<sup>5</sup> Há designações, que nem sempre se referem ao mesmo fenômeno e não pode ser tratados como sinônimo de Welfare State. É o caso do termo *Etat-Providence* (Estado-providência), que tem origem no Estado social na França e o designa, enquanto na Alemanha o termo utilizado é *Sozialstaat*, cuja tradução literal é Estado social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 97).

causada pelas excessivas demandas democráticas dirigidas aos Estados nacionais, que adotavam um extensivo Estado de Bem-Estar, e para advogarem o retorno do ideário liberal.

Nesse contexto de crise do petróleo, o presidente Estados Unidos Richard Nixon, declara guerra às drogas devido ao alto consumo de heroína pelos jovens americanos e os soldados que retornaram da guerra do Vietnã. Depois de alguns meses Nixon havia enviado uma mensagem dirigida ao Congresso Americano em 17 de julho de 1971, com o título “Prevenção e Abuso de Drogas” (CARVALHO, 2012). Nessa mensagem Nixon afirmava:

Se quisermos parar o fluxo de narcóticos no sangue deste país, eu acredito que devemos pará-lo na fonte. Para travar uma guerra eficaz contra o vício da heroína, devemos ter cooperação internacional. A fim de garantir essa cooperação, eu estou iniciando uma escalada mundial em nossos programas existentes para o controle do tráfico de narcóticos, e eu estou propondo uma série de novas medidas para este fim. (NIXON apud CARVALHO, 2012, p.10).

Carvalho (2012, p.11) aponta que a “‘escalada mundial’ a que Nixon fez referência em sua mensagem ao congresso em junho de 1971, foi colocada em prática com a convocação da Convenção de Genebra em 1972, que ratificou o Convênio Sobre Drogas Psicoativas”. Segundo Rodrigues citado por Carvalho (2012, p.11) esse “convênio cristalizou o enfoque proibicionista no plano das normas internacionais de aceitação multilateral”. A partir daí, os países da América Latina começaram a criar as suas comissões nacionais, e órgãos oficiais tendo em vista a implantação das políticas nacionais que definiriam as normativas para restringir, proibir, controlar e fiscalizar as várias substâncias.

Este contexto de “acordos de cooperação mútua entre os EUA e os países latinoamericanos, é resultado de uma alteração na economia das drogas que se desenhava nos anos 70” (CARVALHO, 2012, p.12). Escohotado citado por Carvalho (2012, p. 12) afirma que esse período:

[...] se tratava do período “farmacrático”, enquanto o proibicionismo era levado a cabo pelo mundo afora, a indústria farmacêutica aumentava seus lucros com, anfetaminas, barbitúricos, e benzodiazepínicos. Os benzodiazepínicos, nos anos 70 haviam ultrapassado o mercado de barbitúricos, o mais importante é que tais produtos teriam conseguido ficar fora da lista da Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas até 1986. Enquanto a “paz farmacrática” reinava, o Congresso dos EUA entre 1971-1972, recebeu 102 projetos de leis sobre o controle de drogas internacional, onde se apresentavam várias propostas de repensar aos países opostos à cooperação.

É óbvio o interesse da indústria farmacêutica na política proibicionista, pois esta, lhe garantia o privilégio da fabricação e comercialização de semissintéticos e sintéticos. Deste modo, se por um lado, o crescimento da indústria farmacêutica contribuiu para intensificar a “guerra às drogas”, por outro lado, “as crises na economia mundial durante os anos 70, provocadas pela alteração do sistema monetário internacional e as crises do petróleo favoreceram o aumento da produção de drogas principalmente nos países andinos” (CARVALHO, 2012, p.13).

Ainda nesse cenário de crise do petróleo, com a crise fiscal do Estado, a partir da década de 1970, esse conjunto nutriu a elaboração de uma análise simples e das imposições neoconservadoras, caracterizando uma pauta “pós-Welfare” que, na década seguinte, norteou as reformas sanitárias (Almeida apud Almeida, 1997).

Em meados da década de 1970, a associação dos campos progressistas de profissionais de saúde pública, posteriormente nomeado de movimento sanitário, nesse período, ocorreu no Brasil um aumento relevante de encontros e produção teórica na área da saúde coletiva, associando ao instrumental das ciências sociais. Os estudos destacavam a observações das alterações ocorridas no setor saúde, “relacionando-se com os efeitos perversos da economia centralizadora que agravou as condições de vida e higidez da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros danos à saúde” (BRAVO, 2011, p. 77). O debate alocou a inclusão da prática em saúde com a composição de classes, tolerando a decisão “estrutural e conjuntural da sociedade” (BRAVO, 2011).

Bravo (2011, p. 77) aponta que:

[...] esses encontros tiveram como grande estimulador e articulador o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), entidade civil criada em 1975. A finalidade do Cebes foi gerar correntes de ideias que defendessem a saúde coletiva; produzir conhecimentos sobre a saúde da população; articular esses conhecimentos e demais produções da área com uma prática política concreta. Como centro de estudos, propôs ser uma instância de organização do saber sobre saúde, e sua aplicabilidade efetiva na formulação de contrapolíticas, com participação constante e efetiva nos eventos nacionais e regionais relativos à temática e um entrosamento efetivo com entidades da sociedade civil preocupadas com as questões populares, entre elas a CNBB, a OAB, a SPBC, o Centro Brasil Mulher, sindicatos, partidos políticos, universidades, associações estudantis e associações comunitárias.

Outro elemento importante para o movimento sanitário foi o processo de assalariamento do médico, com o declínio da prática liberal, sendo a categoria, em sua maioria, absorvida nas instituições públicas. O Estado, ao

expandir as oportunidades no setor, não melhorou as condições de trabalho e com o ressurgimento do movimento sindical aparecem também ações de profissionais assalariados das camadas médias, sendo os médicos um dos exemplos. Os primeiros sinais que evidenciavam a mobilização dos médicos surgiram em 1977, quando 500 residentes em São Paulo promoveram uma manifestação para sensibilizar a opinião pública com relação aos seus baixos salários e as precárias condições de trabalho, prevenindo sobre possível paralisação.

Nessa perspectiva, na década de 1980, as críticas limitaram progressivamente e a crise da saúde restringiu-se a crise do sistema de serviços de assistência médica. Em meio a “crise dos serviços” era notório a preocupação com despesas no setor e as tentativas de colocar em prática a redução dos gastos sanitários (Almeida, 1997).

Os processos de reforma sanitária se desenvolveram em diversos países, a partir da década de 1980, embora as respectivas especificidades, é uma amostra significativa da importância das transformações que estão sendo concretizadas nas políticas setoriais (Almeida apud Almeida, 1997), postergando a etapa de racionalização fiscal para as tentativas, em condição retórica, de expandir nos sistemas sanitários a “capacidade de adaptar-se a um entorno mais competitivo e dinâmica” (Poullier apud Almeida, 1997, p.179).

Almeida (1997) destaca alguns indicadores que sinalizaram na direção dos impulsos reformistas, que se solidificou na década de 1980 e iniciou os seus frutos na década de 1990:

- A já longa crise (de custo e/ou qualidade) dos sistemas de serviços de assistência médica e a reestruturação está em pleno curso em praticamente todos os países, centrada fundamentalmente na contenção de custos, no controle de demanda e na co-responsabilidade da população pelo seu financiamento, através de co-pagamentos e contribuições específicas, ou privatização sumária;
- Prega-se o redimensionamento do papel do Estado e a introdução de mecanismos competitivos na alocação de recursos entre prestadores, como promotores da eficiência e de maior efetividade;
- Surgem novos modelos gerenciais e de organização dos serviços de saúde e reatualizam-se as proposta de atenção primária e/ou comunitária prestada pelas organizações não-governamentais, como forma de reduzir gastos hospitalares.
- Privilegiam-se as análises de custo-efetividade, as propostas de focalização da ação estatal nos pobres, tais como cestas básicas (ALMEIDA, 1997, p. 179-180).

Para melhor compreensão das reformas sanitárias dos anos de 1980 três principais desenvolvimentos merecem atenção: a influência da preeminência americana na peculiar forma de ampliação do sistema de serviços de saúde, especialmente a assistência médica, no período pós-guerra; “a natureza e as dimensões da crise

sanitária dos anos 1960-1970 e seus desdobramentos; e o diagnóstico neoliberal da problemática setorial, com as propostas de reforma que engendraram nos anos 80<sup>6</sup> (Almeida, 1997, p.181). Além disso, foi sugerido medidas tanto para diminuir a liberdade profissional e a consonância fabricada, nesse caso, evidenciava que a medicina tinha se especializado demasiadamente e centralizado em excesso, e estava totalmente desinteressado das demandas da população a quem deveriam servir. Segundo Almeida (1997, p.184) o sistema não precisaria tanto de hospitais, mais sim atenção primária, de incentivos para os médicos se estabelecerem em comunidades pouco atrativas e uma melhor administração e organização.

No ano de 1978, se inicia o ressurgimento dos movimentos sociais no país, depois de um grande temporada de coerção empreendida pela ditadura militar, que até então sonegava a demonstração política do povo no país. Em meio a esses grupos de movimentos sociais, se sobressai o “Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental”, que começa a questionar as políticas voltadas para a assistência psiquiátrica vigoraes naquela conjuntura (VASCONCELOS, 2010).

O surgimento do “Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental” (MTSM), concomitantemente com os vários movimentos sociais populares que surgem no ano de 1978, o MTSM se estabeleceu das articulações e mobilizações resultantes dos congressos psiquiátricos e do Movimento de Renovação Médica, que ganhou forma com a visita de líderes mundiais da psiquiatria crítica, especialmente o Franco Basaglia, depois da sanção da Lei 180, que regulava a entrada de pacientes nos hospitais psiquiátricos da Itália. Uma particularidade relevante do movimento nesse período era o fato dele ser inteiramente fora do aparelho estatal, e tinha ampla participação da opinião pública e da imprensa (VASCONCELOS, 2010).

As principais palavras de ordem e objetivos naquela conjuntura foram:

- Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- Denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então INAMPS;
- Denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátrico, principalmente no Rio de Janeiro;
- Primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2010, p. 23).

---

<sup>6</sup> Anos 80 do século XX.



No Rio de Janeiro em 1980 teve início uma ação chamada de “Co-Gestão” com a participação do Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência na gestão dos hospitais públicos, essa parceria, possibilitou a inserção das lideranças do MTSM em importante espaço político, essa inserção permitiu a implementação dos processos de reforma e humanização dos hospitais psiquiátricos públicos e, por outro lado, organizou o espaço para lançamento do Plano do Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP)<sup>7</sup> em 1982-1983, que permitiu implementar gradualmente o modelo sanitaria das chamadas “Ações Integradas de Saúde” em todo o país, que desencadeou no “Sistema Único de Saúde”, tal qual foi reconhecido na I Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na Constituição Federal de 1988 (VASCONCELOS, 2010).

No Estado de Minas Gerais e de São Paulo, no ano de 1982 nesses Estados venceram governos opositores que permitiram a entrada dos líderes do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, permitindo assim a intervenção gradual nos hospitais psiquiátricos estaduais e privados e, especialmente depois efetivação do CONASP, houve um crescimento paulatino da rede ambulatorial em saúde e saúde mental (VASCONCELOS, 2010).

Os objetivos principais da política do MTSM naquele período foram:

- a) Não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados, e redução onde possível e/ou necessário;
- b) Regionalização das ações em saúde mental, integrando setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência;
- c) Controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados via centralização das emissões de AIH<sup>8</sup> nos serviços de emergência do setor público;
- d) Expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes multiprofissionais de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais e, às vezes, também por enfermeiros, terapeuta ocupacionais e fonoaudiólogos;
- e) Humanização e processo de reinserção social dentro dos asilos estatais, também com equipes multiprofissionais (VASCONCELOS, 2010, p. 24-25).

Nos anos de 1987 a 1992 houve uma emergência pela luta antimanicomial e pela mudança de tática política em consonância ao modelo de desinstitucionalização psiquiátrica. Nesse contexto, identificamos alguns processos e movimentos históricos. Esse período testemunha as consolidações de várias conquistas

<sup>7</sup> O CONASP elabora o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social.

<sup>8</sup> Significa Autorização de Internação Hospitalar.

realizadas no período antecedente como a Constituição Federal de 1988 e a aprovação em Lei Orgânica de Saúde, que apontavam para constituição do Sistema Único de Saúde; nessa conjuntura uma parte do MTSM realiza uma crítica a grande burocracia do próprio Movimento. Salientando a importância da aliança do movimento da saúde mental com os movimentos populares e com a opinião pública em geral (VASCONCELOS, 2010).

Essa mesma ala percebe os limites dos objetivos estratégicos de luta e mudanças do sistema de saúde mental centralizados no modelo sanitarista (VASCONCELO; AMARANTE apud VASCONCELOS, 2010), por meio do controle e humanização dos hospitais psiquiátricos, assim como divulgação dos serviços ambulatoriais, ao ter inspiração direta do Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália proposto por Basaglia (VASCONCELOS; BARROS; AMARANTE apud VASCONCELOS, 2010, p. 26).

O movimento inicia novas estratégias, lançando em 1989 o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propunha o fim e a transferência gradativa dos serviços do tipo manicomial. Em 1990 foi realizada a Conferência de Caracas, que estabelece entre os Estados latino-americanos a base da reforma psiquiátrica; e uma vasta discussão da nova estratégia em todas as instâncias do país (municipal, estadual e federal), esse processo culminou na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro 1992, considerada “um marco histórico da psiquiatria brasileira” (SCHECHTMAN; ALVES; SILVA apud VASCONCELOS, 2010, p. 26) e que abre uma nova temporada de concretização da reforma psiquiátrica no país (VASCONCELOS, 2010).

Com indicado por Almeida (1997) os impulsos reformistas apresentaram os seus resultados na década de 1990. Nessa mesma década, a área de saúde mental (que é o foco do presente trabalho) consolidava uma alternativa ao modelo antimanicomial e, um movimento de reforma psiquiátrica se fortaleceu nesse período. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico que ocorre no campo da saúde pública que, no entendimento da gestão de políticas públicas, consolida-se direitos na área de saúde mental iniciada em 1990, “com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos sistemas locais de saúde” (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 22).

“O Brasil é aderente a essa Declaração, e a ela se articula com um longo e conturbado movimento de trabalhadores de saúde mental que resultou na Lei n. 9.867<sup>9</sup>, de 10 de novembro de 1999” (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p. 22).

Segundo Berlink; Magtaz e Teixeira, (2008, p. 22):

Tal lei permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. É um valioso instrumento para viabilizar os programas de trabalho assistido e incluí-los na dinâmica da vida diária, em seus aspectos econômicos e sociais. Há uma evidente analogia com as chamadas “empresas sociais” da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana.

No dia 6 de abril de 2001, o Governo Federal brasileiro publica a Lei n. 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008).

Além disso, nesse período foram efetivadas as primeiras práticas municipais na rede de cuidados em saúde mental a partir da nova perspectiva. A principal iniciativa foi efetivada em 1989 em Santos, como a principal oficina dos chamados Núcleo de Atenção Psicossocial, esse modelo foi inspirada na experiência de Trieste, na Itália, um serviço comunitário que funcionava 24 hora por dia, todos os dias da semana, tinha condições de atender a todo tipo de procura de cuidado em saúde mental, incluía a estrutura com alguns leitos, com um grande potencial de transformação dos hospitais psiquiátricos convencionais. Em São Paulo na capital houve uma importante experiência com os primeiros Centros de Convivência e principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial (GOLDBERG apud VASCONCELOS, 2010), os serviços funcionavam oito horas por dia, cinco dias por semana, esses serviços difundiram por todo país (VASCONCELOS, 2010).

A partir de 1992, houve progresso e concretização da expectativa de desinstitucionalização psiquiátrica, houve também, a “desospitalização saneadora” e estabelecimento da rede de serviços de atenção psicossocial. Não resta dúvidas de que esse momento foi marcado pelas maiores e expressivas transformações das políticas de saúde mental no Brasil, concretizando o cenário de desinstitucionalização psiquiátrica e alocando o país ao mesmo tempo dos principais centros mundiais de

---

<sup>9</sup> A Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999, dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando a integração social dos cidadãos, conforme específica (BRASIL, 1999)

reforma da assistência psiquiátrica. Em decorrência dessas mudanças, ocorreu um crescimento da “desospitalização saneadora”, e uma diminuição significativa do número de leitos em hospitais privados e principalmente públicos, sem condições básicas de hotelaria e assistência (VASCONCELOS, 2010).

No entanto, simultâneo a ação de desospitalização, foram criados em todo o país mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e aproximadamente duzentos serviços de atenção psicossocial (SCHECHTMAN; ALVES; SILVA apud VASCONCELOS, 2010), apresentando uma ação gradual de substituição do modelo de assistência psiquiátrica baseada na internação para os serviços abertos, em consonância com o novo paradigma de atenção. Nesse período, ocorreu um relativo crescimento da luta antimanicomial no plano legislativo, embora, o projeto de lei Paulo Delgado não tenha sido aprovada. Diversos estados e municípios constituíram leis inspiradas nos princípios da reforma psiquiátrica. Testemunhou-se também, o crescimento expressivo dos núcleos vinculados ao movimento de luta antimanicomial durante o período, com vários encontros e encontros realizados pelo país. Nessa perspectiva, é importante salientar o crescimento da organização de usuários e familiares (VASCONCELOS, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2005, foi retomada a “Declaração de Caracas” sob a forma de um documento intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção da Saúde Mental nas Américas” a Carta de Brasília, com objetivo de avaliar os resultados obtidos desde 1990. Neste documento, os organizadores reconheceram os avanços que se produziram nos últimos quinze anos na reestruturação, constataram que existem experiências exitosas desenvolvidas em vários países, assim como obstáculos e dificuldades. Reafirmam a validade dos princípios contidos na “Declaração de Caracas” em relação à proteção dos direitos humanos e da cidadania dos portadores de transtornos mentais e a necessidade da construção de redes de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos. Advertem para o aumento da vulnerabilidade psicossocial e as diferentes modalidades de violência. Convocam a todos os atores envolvidos para a implementação dos princípios éticos, políticos e técnicos da “Declaração de Caracas” (BRASIL, 2005).

Verifica-se a partir desta análise que a questão das drogas envolve a todos direta ou indiretamente e carece debate sério por parte de todas as esferas da sociedade,

buscando alternativas mais flexíveis e ponderadas, levando em consideração os evidentes problemas relacionados às substâncias psicoativas (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

### 2.3 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS LEGISLAÇÕES PROIBICIONISTAS SOBRE DROGAS NO CENÁRIO MUNDIAL E BRASILEIRO

Foi no contexto do século XIX, momento em que as substâncias psicoativas passaram a ser indicadas com muita frequência pelos médicos, que o consumo descontrolado de cocaína, heroína, morfina e do ópio começou a chamar a atenção do mesmo setor. Neste mesmo período, alguns grupos representantes da cruzada puritana contrária ao seu consumo de qualquer destas substâncias começaram a ganhar força.

No contexto mundial, os acordos internacionais do início do século XX surgiram em decorrência da guerra do ópio, embate entre a Inglaterra e a China, que foi patrocinado pelos Estados Unidos. Os países seguidores desses acordos assumiram o compromisso de controlar o consumo dos derivados do ópio e da cocaína em suas nações, quando o consumo não fosse por recomendação médica. Segundo Carvalho (2011a, p. 5) “o proibicionismo é resultado de alguns fatores sócio-culturais que contribuíram para haver condições de possibilidades da intervenção estatal sob a alteração da consciência”.

Nos Estados Unidos da América, a cruzada puritana do século XIX, define o consumo de drogas como falta de temperança<sup>10</sup>, falta de moralidade por causa da ausência de Deus. Os puritanos, que posteriormente foram chamados de os “empresários morais”, anunciavam que a ausência de Deus abria uma brecha na moral do homem, e as drogas, ao invés de preencher, os levava para o caminho do “Mal” sem chance de retornar (VALENÇA, 2010, p. 34).

---

<sup>10</sup> Temperança num sentido contrário ao imputado pelos gregos que era o sentido encontrado no equilíbrio entre os excessos e a abstinência, enquanto aqui, a imputação dada é de abstinência pura e total (VALENÇA, 2010, p. 33).

No fim do século XIX os mecanismos de controles sociais foram estabelecidos para controlar o abuso de substância psicoativa, o consumo já havia se transformado em hábito e começou a ser visto como risco a ordem.

Em Nova Orleans nos Estados Unidos, após os anos de 1880 e 1890, os operários adquiriram o hábito de consumir cocaína com frequência, e quando estava em falta a maioria dos trabalhadores braçais negros reclamaram, pois, consideravam que sem ela eles não teriam força para desenvolver os trabalhos mais duros.

Assim, o uso das diversas substâncias passa a ser estendido dos clientes ricos, que usavam cocaína e heroína, a uma nova clientela que era composta por negros, latinos e chineses que trabalhavam na agricultura e na expansão das ferrovias do Estados Unidos, que permitiram a conquista do Oeste. No entanto, essa nova classe de consumidores foram estigmatizados como um povo não civilizado e que poderia trazer riscos para a sociedade se estivessem sob o efeito de drogas (VALENÇA, 2010).

Neste contexto, as substancias psicoativas passaram a ser almeçadas pela “indústria mercantil”, como por exemplo, a “indústria farmacêutica” alemã em especial a “*Bayer* e a *Merck*” produziram cocaína e opiáceos em grande escala, essa foi a aplicação desse segmento industrial daquele momento. A justificativa desses grupos com percepção de mercado era de que as substâncias sintetizadas poderiam contribuir para o crescimento da produtividade laborativa do homem moderno e civilizado. Ao invés dos princípios de Deus como motivador da vida cotidiana, o homem passa a consumir algumas substâncias, produzidas pela ciências, esses produtos acalmariam a dor existencial e espiritual do homem e lhe proporcionava novas formas de felicidade (VALENÇA, 2010, p. 34).

Nesta direção, é possível verificar que o início do uso abusivo de drogas<sup>11</sup> está relacionado à “panaceia farmacológica” que a medicina disponibilizou para o consumo do homem sem antes esclarecer e orientar sobre os efeitos do uso sem controle. Quando o modelo médico com controle pouco rígido, apresentou o seu desgaste em relação a representação das drogas como “o milagre farmacológico da ciência” continuou sendo incentivado pelos empresários da indústria farmacêutica,

---

<sup>11</sup> Drogas são consumidas desde tempos remotos e nem mesmo entre os romanos cujos controles quanto aos excessos eram muito inflexíveis, o abuso foi uma problemática maior. O abuso de drogas passa a ser configurado como descontrole social apenas nas culturas Modernas (ESCOHOTADO apud VALENÇA, 2010, p. 35).

que tinha muito interesse na classe médica. Num período aproximadamente de cinquenta anos, os interesses desses dois grupos contribuíram para o desenvolvimento de um público usuário com grande frequência (VALENÇA, 2010, p. 35).

Valença (2010, p. 36) aponta que:

[...] os puritanos, que antes poderiam até aceitar o uso de drogas por parte da elite como terapêutico, agora observavam esse consumo por parte dos pobres como degenerescência, como algo imoral, a imprensa logo encontrou uma nova fonte de manchetes onde drogas, sexo e racismo passaram a ser os ingredientes centrais: Não apenas os negros usuários de cocaína, mas também os chineses usuários de ópio, irlandeses usuários de álcool e mexicanos usuários de maconha foram estigmatizados como adictos problemáticos que promoviam o descontrole da ordem pública, geralmente induzindo ao consumo e seduzindo, quando não estuprando, as mulheres brancas. O consumo de drogas passou a ser associado a desordens sociais e baixa produtividade, numa representação que ameaçava enormemente os controles centrais de uma cultura de produção. Em pouco tempo as drogas não eram mal vistas apenas entre os puritanos como também pelo cidadão médio que passava a perspectivá-las como anticivilizatórias. A própria indústria farmacêutica, depois de uma virada de século de grandes lucros, teve que retrair-se, pelo menos momentaneamente. Um dos problemas centrais gerados nessa configuração foi que os usuários passaram a representar uma nova categoria social; os desviantes por adicção.

Desta forma, os mecanismos de controle social estavam se fortalecendo, na perspectiva de proibir o consumo antes tido como legal. O congresso dos Estados Unidos aprovou a lei '*Harrison Narcotic Act*'. Esta foi a primeira lei proibicionista estadunidense editada em 1914" (RODRIGUES, 2004, p. 131), que estabelecia normas para a produção, distribuição e prescrição de opiáceos e cocaína.

Essas medidas no início, possibilitaram uma maior concentração de poder nas mãos dos médicos e da indústria farmacêutica que administrava as "substâncias adictivas"<sup>12</sup>. No entanto, a força desempenhada pelos empresários morais se fez forte, fazendo com que cinco anos depois, a suprema corte revesse a questão. Os médicos que tentaram prescrever as substâncias psicoativas em grande escala, corriam o risco de serem processados, sendo obrigados a usar o discurso puritano para continuar exercendo a profissão (VALENÇA, 2010, p. 37).

---

<sup>12</sup> Como consequência, essa concentração de poderes contribui na configuração de um mercado negro, pois os antigos e novos comerciantes excluídos da competição legal começaram a distribuir drogas clandestinamente. E não apenas facilitaram a disponibilidade, mas para incrementar os lucros passaram a adulterar tais drogas, o que vem acontecendo até hoje (VALENÇA, 2010, p. 37)

O movimento proibicionista teve início nos Estados Unidos por volta do século XIX. Esse movimento uniu católicos e evangélicos que pediam o fim da comercialização do álcool, conferindo-lhe a responsabilidade da deterioração moral e pela desordem. O movimento se desenvolveu constituindo “sociedade” e “ligas” em todo o país como a “Sociedade Nova-Iorque pela Superação do Vício em 1868; a Liga das Senhoras Cristãs pela Sobriedade em 1873; as Ligas Anti-Saloon em 1893 e a Federação Científica pela Sobriedade em 1789” (CARVALHO, 2012, p. 4).

O Partido Proibicionista conquistou o auxílio do setor industrial, alguns empresários passaram a contribuir com doações para o partido. O Partido Proibicionista conquistou a simpatia dos republicanos e dos democratas, suas propostas foram aceitas pelos partidos. Em 1882 foi aprovada a lei que forçava as escolas a incluírem na grade curricular a disciplina “educação para sobriedade”. Contudo, o projeto mais importante do partido foi a “Lei Seca” que vigorou de 1920-1933, mas, resultou na maior frustração devido aos impactos causados com a proibição do álcool, sendo a única emenda constitucional nos Estados Unidos que foi revogada (CARVALHO, 2012, p. 5).

Para Valença (2010, p. 37):

A lei-seca – em inglês o vocábulo prohibition parece oferecer uma medida mais exata da perspectiva de controle do que a tradução brasileira – deixou como herança duas consequências: 1º - serviu para camuflar que a grande quantidade de “desviantes” surgidos na época eram frutos da crise financeira, quando a representação que se estabeleceu historicamente foi a de que estes foram vítimas do abuso no consumo de álcool. 2º - se configurou pela primeira vez a interdependência e a interpenetração de objetivos de várias comunidades criminosas mafiosas que passaram a controlar a produção e o contrabando etílico [...].

Nessa perspectiva, o mercado clandestino do comércio de bebidas alcoólicas ficou tão explícito que o Estado acabou compreendendo que o dinheiro oriundo das destilarias ilegais poderia ser revestido em impostos que contribuiriam com reabilitação econômica dos Estados Unidos, dessa forma a lei foi abolida (VALENÇA, 2010).

No período da “Lei Seca” conhecido também como a “década da Grande Proibição”, houve uma grande repercussão em todo o mundo. No continente latino americano, não foi diferente, os Estados Unidos já havia tentado persuadir outros países para criar normas e restringir certas drogas desde de 1909, quando realizou a “Conferência de Shangai”, com a participação de treze países. Embora houvesse a



oposição de outros países, os Estados Unidos em 1912 promoveu em Haia a “Primeira Convenção do Ópio” (CARVALHO, 2012, p. 5).

Segundo Carvalho (2012) as convenções internacionais realizadas nas primeiras décadas do século XX, surgiram em decorrência da guerra do ópio, que tinha como pano de fundo a corrida imperialista pela Ásia. Os Estados Unidos patrocinou as convenções com o interesse de controlar a comercialização do ópio e os seus derivados. Os países signatários assumiram o compromisso de restringir o consumo de cocaína e ópio em seus territórios, só permitindo o uso sobre prescrição médica.

Nessa conjuntura, em 1937, os Estados Unidos por meio de uma política econômica, incentivou e convenceu diversos países a colocarem a maconha no rol das substâncias ilegais e proibidas juntamente com o ópio e a cocaína, a proibição dessas substâncias conseguiu uma abrangência global (VALENÇA, 2010). Essa onda proibicionista surgia da consolidação dos códigos nacionais e acordos internacionais do fim século XIX e início do XX. O Estado norte-americano foi o país que o nascimento da ilegalidade pode ser identificado com mais clareza por meio rastreio do clamor pelo proibicionismo e o crescimento dos organismos governamentais (RODRIGUES, 2004, p. 131)

Até o início da década de 1940, a classe médica que estava comprometida com a indústria farmacêutica, teve o seu comprometimento ressignificado, e de tal modo, diminuíram a disponibilidade de cocaína e opiáceos, à medida que os “barbitúricos e anfetaminas” ficaram cada vez mais disponíveis de modo legal e constante. O velho consumidor que dispunha de dinheiro não deixou de se relacionar com o sistema especializado dos médicos, ele mudou e aderiu aos novos fármacos que proporcionava efeitos semelhantes com as substâncias ilegais, e se tornaram cada vez mais populares (VALENÇA, 2010, p. 37).

Nesse contexto, o consumo em excesso de “substâncias farmacêuticas” que eram indicadas pelos médicos não virou motivos de reportagens na mídia, já que com a “discriminalização do álcool” os olhares dos veículos de comunicação se voltaram para as drogas ilícitas, em especial uma droga ganhou destaque que foi a maconha. Prevalendo o cenário moral que os puritanos estabeleceram, “a indústria têxtil e a indústria automobilística que tinham a planta canábica como potencial matéria-prima concorrente que ameaçava sua hegemonia no mercado deram curso a alguns

controles sociais com o objetivo de tirá-la da concorrência direta” (VALENÇA, 2010, p. 38).

De acordo com Valença (2010, p. 38-39):

Como nas articulações de política econômica interesses particulares podem andar juntos com interesses coletivos, é válido ressaltar que o diretor da Agência Federal de Narcóticos norte-americana (FBN) era parente de um dos principais investidores da petrolífera Du Pont, petrolífera que arquitetava uma série de produtos no mercado que abrangia do nylon ao combustível para automóveis. Os produtos da Du Pont encontraram uma séria concorrência nas fibras e no óleo de cânhamo. Além disso, o FBN interpenetrou objetivos com um poderoso aliado que tinha interesses particulares em relação à cultura da cannabis: o magnata Randolph Hearst, líder de uma poderosa rede de jornais, percebeu que a hegemonia de suas plantações de eucalipto, com fins a produção de papel, estava sendo ameaçada pelas plantações de cânhamo, um concorrente que demonstrava maior durabilidade e rentabilidade. Como Hearst já havia tido problemas com revolucionários mexicanos, que no começo do século invadiram algumas propriedades suas e que de modo geral fumavam maconha, ele utilizou seus jornais para estabelecer uma campanha na qual mexicanos e uso de cannabis estavam ligados a cenário de violência, estupros e promiscuidade, campanha que visava a erradicação da planta e a marginalização dos mexicanos.

Nesse sentido, a constituição do proibicionismo não foi uma determinação do Estado, também não ficou restrito aos Estados Unidos. A regulação dos psicoativos globalizou-se nas reuniões diplomáticas com a convocação estadunidense. O envolvimento nas reuniões não indicava que os países aliados estavam submissos aos interesses norte americano, pois, em diversos países já havia a repressão ao uso de drogas psicotrópicas que caminhava paralelamente ao proibicionismo nos Estados Unidos (RODRIGUES, 2004).

Nesta direção, a administração do consumo de drogas não tinha uma atenção direta do Estado brasileiro até o final do século XIX. Este quadro modifica-se no início do século XX, quando o governo começa a propor legislações que tinha como principal alvo o consumo de drogas (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

No Brasil, a primeira lei antidrogas foi publicada em 1921, porém, antes da publicação desta lei já havia muitos acontecimento na relação do usuário de substância psicoativa e os “partidários de uma sociedade ‘livre de vícios’”. No Brasil, especialmente em São Paulo o uso substâncias psicoativas com origem de outros países, como a “cocaína e a heroína”, foi consentido pelas autoridades estatais e pelos atalaias moralistas enquanto esse consumo estava restrito “aos jovens filhos da oligarquia cafeeira”. Quando o consumo se espalhou “entre prostitutas,

pequenos fora-da-lei, cafetões e cafetinas, os brados antidrogas começaram a ser ouvidos na imprensa paulistana e nos círculos conservadores [...]” (RODRIGUES, 2004, p. 137).

Juntamente com o clamor antipsicoativo e a criminalização dos “vícios elegantes” existia também a reprovação do consumo da *cannabis sativa* (maconha), pois, o seu uso estava vinculado aos “negros, caboclos e seus cultos sincréticos”. No Brasil a partir do momento em que várias substâncias foram incluídas na ilegalidade, isso configurou uma variação nacional do desejo moralizante do “Estado na forma de estratégias de controle social”. Desde a proibição às drogas as camadas da sociedade que tinham uma atenção especial das forças policiais passaram a estar na mira das “técnicas de governo e vigilância” (RODRIGUES, 2004, p. 137).

Nesse contexto proibicionista e de controle do Estado brasileiro sobre os indivíduos. Rodrigues (2004, p. 137-138) considera que:

A questão do controle de drogas nas décadas iniciais do século XX emerge como um grande tema de saúde e segurança pública. O uso desmedido de psicoativos passou a ser coibido para evitar epidemias ou degenerescências físicas e mentais nos usuários e, também, para reprimir os negociantes de tais “venenos” pelo crime de os disponibilizar à sociedade. O consumidor foi encampado pelos códigos penais como uma figura mista entre o doente e o criminoso, ao passo que traficante recebia a clara definição de delinquente. As âncoras dessa penalização repousam, no entanto, nas práticas moralistas que, tanto nos EUA como no Brasil, deram impulso para a proibição e foram, com a adoção de leis restritivas, incorporadas pelos Estados em seus esforços para governar os vivos.

Nessa perspectiva, o proibicionismo no Brasil se tornou cada vez mais forte, antes mesmo de haver um posicionamento científico acerca do consumo das substâncias psicoativas.

Assim, nas primeiras décadas do século XX no Brasil, “a maconha foi tão estigmatizada que não era bom tom falar sobre seu uso, tanto que, só em 1933 houve registros policiais de prisões relacionadas com o seu comércio [...]” (VALENÇA, 2010, p. 41). O uso de maconha foi impedido pela primeira vez em 1830, na cidade do Rio de Janeiro, pela portaria da Câmara Municipal que proibia a compra e a venda do produto, consumido, especialmente, por parte dos negros (apud FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

A maconha recebeu também a representação de droga favorecedora da deselegância dos “excluídos”, essa postura se solidificou nos país a partir do século XIX, e no século XX, já o consumo de outras drogas (cocaína e heroína) pela classe

dominante brasileira, foi observado de uma forma diferenciada, o consumo era visto como ato elegante dos jovens mais abastados da sociedade e discretamente eram vigiados pelos “agentes de fiscalização”, que até nos anos de 1940 não recebiam reclamações públicas desses hábitos (VALENÇA, 2010).

Os vícios tidos como “elegantes diziam respeito ao consumo de opiáceos, cocaína e éter que, de modo geral, os jovens que iam estudar em Paris traziam de volta na bagagem como sinônimo de distinção, de civilidade moderna”. Mas, “para aqueles que perdiam o controle sobre seus usos, em 1924, na cidade do Rio de Janeiro, o Sanatório de Botafogo já oferecia caríssimas vagas para terapia”. Entretanto, “não eram apenas os filhos das elites que utilizavam tais substâncias” (VALENÇA, 2010, p. 41).

Ainda de acordo com Silva (2004, p. 82), o consumo de substâncias derivadas do ópio e da cocaína era uma atividade frequente da elite brasileira no fim do século XIX, esse uso ocorria com fins recreativos e medicinais, sendo que vários remédios possuíam em suas composições a folha da coca e a morfina (apud FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Diante do exposto, o consumo de substâncias psicoativas passou a ser controlado a partir das décadas de 1920 e 1930 no século XX, em um contexto de “alarde gerado em torno do consumo de cocaína, concentrado principalmente sobre os jovens das classes mais abastadas, e de maconha, entre as classes mais baixas, as drogas passam a ser motivo de atenção entre as autoridades” (FIORE apud FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Neste contexto, o Brasil se comprometeu a pôr em prática o tratado de Haia, pois ainda não havia realizado a sua efetivação. Entretanto, no ano de 1921, é forçado a cumprir os seus acordos internacionais, a primeira lei exclusiva a respeito de drogas no Brasil é aprovada pelo presidente Epitácio Pessoa. Trata-se do decreto nº 4.294, 6 de julho de 1921. Esse decreto é composto por treze artigos, que estabelecia:

[...] penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessários<sup>13</sup> (BRASIL, 1921, p.13407).

---

<sup>13</sup> Ortografia da publicação original de 1921.

O decreto pretendia entre outras coisas punir quem “vender, expor á venda ou ministrar substancias venenosas, sem legitima autorizaçãõ e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários”, com multas que poderiam ser de 500\$ a 1:000\$000. Se as substâncias venenosas tivessem qualquer variedade de qualidade entorpecente a pena mudava para “prisão celular por um a quatro anos”<sup>14</sup>. A questão do álcool, o decreto punia com multas todos que “*apresentar-se publicamente em estado de embriaguez que cause escândalo, desordem ou ponha em risco a segurança própria ou alheia*”<sup>15</sup> (BRASIL, 1921, p.13407).

No contexto internacional, a ingerência dos Estados Unidos na construção da política proibicionista é com facilidade identificada ao verificarmos o aparecimento das “Ligas Anti-Álcool”. Um exemplo da interferência americana é que os médicos higienistas em 1910 se reuniram na “Liga contra o álcool” perpetraram a entrada no “Congresso Nacional” com uma petição que continha a solicitação de restrição do uso de álcool. Outra manifestação da ingerência dos Estados Unidos é o aparecimento dos grupos de “temperança”, no Brasil, assim como a “União Pró-temperança” que no ano de 1925 passou a ser chefiada por Jerônima Mesquita, filha do Barão de Mesquita, que ficou na presidência da União durante 25 anos (CARVALHO, 2011a).

A justificativa dessa proibição no cenário brasileiro se dá a partir da ideia de necessidade da “manutenção da ordem social e da preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira” (MACHADO, 2006, p. 35). A partir desse princípio, ficou instituída no Brasil a “campanha antientorpecentes” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Em 1924, ocorreram algumas mudanças no Código Penal Brasileiro, no qual a “embriaguez que acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública passou a ser punida com internação compulsória em estabelecimento correccional adequado” (MACHADO, 2006, p. 36).

No ano de 1932, foi criada uma nova legislação que, ampliava o número de substâncias proibidas, e o porte qualquer uma dessas substâncias passou a ser considerado crime passível a prisão, sustentando o poder da justiça de fazer a internação dos usuários por um grande período (FIORE apud FANTAUZZI; AARÃO,

---

<sup>14</sup> Ortografia da publicação original de 1921.

<sup>15</sup> Idem.

2010). Ainda em 1934, essa medida foi complementada pelo Decreto nº 24.505, que segundo o qual “o ato de induzir ao uso é inserido no mesmo patamar de gravidade penal da venda que criminaliza o porte de drogas (em dose superior a terapêutica)” (MORAIS apud FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 85).

Segundo Fiore (2005, p. 267), no ano de 1936 ocorre um marco no proibicionismo brasileiro, que é a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), “que tinha como um de seus atributos propor legislação que trate do tema. Com criação do CNFE estabelece-se um modelo de gestão governamental sobre drogas que, de certa forma, perdura até hoje” (apud FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 85).

Segundo Carvalho (2011a, p. 7), no “governo ditatorial de Getúlio Vargas foi instituído o decreto nº 2.994 de 17 de agosto de 1938”. O decreto ordenava a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas malélicas de 1936. No mesmo ano em novembro, o decreto-lei nº 891 sancionava a “Lei de Fiscalização de Entorpecentes”, que objetivava “dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes” (BRASIL, 1938).

O Decreto n. 2994 de 1938 (BRASIL,1938) aponta que:

[...] a lei estabelecia quais as substâncias eram consideradas entorpecentes e as dividia em dois grupos, o primeiro grupo relacionava o ópio bruto, o medicinal e suas preparações, a exceção era o *elixir paregórico* e o *pó de dover*. Neste primeiro grupo encontravam-se também, substâncias a base de folha de coca (cocaína) e cannabis sativa (cânhamo-maconha). O segundo grupo composto por dois produtos apenas a etilmorfina e seus sais (Dionina) e a metilmorfina (Codeína) e seus sais.

Segundo Carvalho (2011a), no decreto-lei de 1938 existem dois fatores novos e fundamentais, o primeiro é que pela primeira vez se determina em todo o país que proíba totalmente o plantio, o comércio e o consumo das substâncias relacionadas. O segundo fator estar no capítulo III da lei, que institui o direito legal da “internação compulsória” pelo Estado, o artigo 27 considera o vício em drogas ou a “intoxicação habitual” como “doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local”<sup>16</sup>. O § 6º do artigo mencionado rege que a internação deve acontecer em “hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial” (BRASIL,1938).

<sup>16</sup> Ortografia do texto original de 1938.

O consumo de drogas passa a ter uma nova significação na década de 1960, em virtude a aderência ao movimento de contracultura, ligado ao consumo de substâncias psicoativas, pela juventude da classe média e alta. Esse episódio gerou por parte das autoridades novas articulações para que as leis sobre drogas passassem a ser mais rigorosas e eficazes, especialmente com esse grupo (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Carvalho (2011) afirma que:

A fiscalização mais rigorosa só viria a se efetivar após o golpe militar. Antes do golpe os usuários, dependentes não eram criminalizados. O sistema que se aplicava era o “médico-policia”. Os casos mais graves eram internados compulsoriamente e eram tratados por meio de doses gradativamente menores e da privação progressiva e as altas assemelhavam-se a alvarás de soltura (p.14-15).

O período pós-1964 foi considerado um divisor de águas na política criminal do país, pois, a política criminal passa do modelo sanitário para o modelo bélico. A droga passa a ser associada aos movimentos de “subversão”, considerados pelos militares, como mais um dos devaneios comunistas.

Neste sentido, pode-se verificar um novo *ethos* com a criação da lei nº 4.483, de 16 de novembro de 1964, que reorganizava o Departamento Federal de Segurança Pública, estabelecendo uma nova composição na estrutura da Polícia Federal, criando o SRTE – Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes [...] (CARVALHO, 2011). Com relação a política sobre drogas, o Brasil continuou seguindo os acordos internacionais<sup>17</sup> conforme determinações estadunidenses.

Nessa perspectiva conservadora, floresce no sistema ditatorial, a Lei nº 4.483, de 16 de novembro de 1964 que reestruturava o Departamento Federal de Segurança Pública, instituindo uma nova formulação na estrutura da Polícia Federal, concebendo o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes (CARVALHO, 2011a).

Também em 1964, o Brasil adere a “Convenção Única sobre Entorpecentes”, em Nova York, em prosseguimento a linha repressiva, de acordo com as leis internacionais sobre drogas (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

---

<sup>17</sup> Conferência de Shanghai (1909); Conferência de Haia (1911); I Convenção Internacional do Ópio – Haia (1912) (CARVALHO, 2011).

Em 1971, algumas transformações relevantes aconteceram no entendimento do fenômeno das drogas. Mesmo continuando dentro do âmbito da justiça penal, a percepção “médico-psiquiátrico” passou a ser predominante; “o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, passando a ter como objetivos salvar e recuperar e não simplesmente punir” (MACHADO, 2006, p. 37). Entretanto, essa ação não foi satisfatória para ocorrer uma transformação de “paradigma” relacionado à questão das drogas, visto que a classe psiquiátrica aliou-se no controle e repressão de drogas no Brasil (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Fantauzzi e Aarão (2010, p. 86) apontam que a lei n. 6.368, de 1976, conhecida também como lei de Tóxicos, tem uma parte de suas proposições validadas até a contemporaneidade, “criminalizava a venda e o consumo de drogas, classificados pelos governantes da época com problemas de segurança pública”. Contudo, essa lei reafirmava a “tendência de abordar o abuso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, já verificada na lei de 1971” (MACHADO, 2006, p. 37).

Segundo Machado (2006, p. 37), a Lei n. 6.368, de 1976, passou a ter efetividade há aproximadamente “uma década após sua aprovação e promulgação, quando surgiram no Brasil os primeiros centros de tratamento (médico-psicológicos ou religiosos) ligados direta ou indiretamente ao poder público”.

De acordo com Fiore citado por Fantauzzi e Aarão (2010, p. 86), a Lei n. 6.368, de 1976 era uma “norma penal em branco, ou seja, cuja regulamentação é de responsabilidade dos órgãos competentes. Nesse caso, as decisões sobre quais substâncias devem ser proibidas ou controladas devem ficar a cargo do Ministério da Saúde”.

No ano de 1998, o então presidente da República Fernando Henrique Cardoso, por meio da Medida Provisória n. 1.669 do mesmo ano, extinguiu o Conselho Federal de Entorpecentes e a Secretaria Nacional de Entorpecentes e instituiu a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e o Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Em seguida, foi criado o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad) (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).



Segundo Fiore citado por Fantauzzi e Aarão (2010, p. 87), a Senad foi inspirada no DEA<sup>18</sup>, que, nos Estados Unidos é responsável pela repressão às drogas. Contudo, esta secretaria “não conseguiu o comando da repressão ao tráfico e tem-se limitado, até o momento, ao financiamento ou divulgação de pesquisas de prevenção ao uso de drogas”.

Machado (2006, p. 48) aponta que o CONAD e a SENAD surgem em um novo contexto institucional, não mais no Ministério da Justiça, porém, no então Gabinete Militar da Presidência da República, hoje denominado Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. E o Sisnad objetivava a “formulação da política nacional antidrogas e a revisão dos procedimentos de administração nas áreas de repressão, prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social”. Ainda segundo a autora, a “criação dessa secretaria gerou polêmica entre os que atuavam na área das drogas”, pois foram encontrados relatos de que classificam a Senad como retrocesso (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Segundo As transformações... (2009, p. 11):

No fim da década de 90 começa um processo para atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Reconhecer as diferença entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, para imprimir tratamentos diferenciados, foi a mola mestra desse novo posicionamento.

A Política Nacional Antidrogas (PNAD), constituiu as bases, os alvos, as diretrizes e as táticas para ações preventivas. “Definições indispensáveis para que os esforços de redução de demanda e da oferta de drogas pudessem ser conduzidos de forma planejada e articulada, viabilizando a integração entre os diversos agentes nacionais” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p. 11).

A partir da PNAD, o Brasil assume uma nova atitude e adota a prevenção como orientação fundamental. Além disso, a Política Nacional Antidrogas reconhece a “diferença entre usuário, ou dependente, e o traficante de drogas, admitindo que a dependência, antes de se configurar crime, deve ser considerada doença, precisando receber tratamento adequado” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p. 12).

Em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que legitimou a implantação de um modelo comunitário de cuidado. Nesse cenário, pela primeira vez

---

<sup>18</sup> DEA ou Drug Enforcement Administration: órgão do governo norte-americano que controla a política de repressão às drogas (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 87).

na esfera governamental, ocorre a inclusão das estratégias de redução de danos com relevantes ações de saúde pública, ampliando o acesso e as práticas voltadas para as pessoas que estão distantes do sistema de saúde (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009).

“Em agosto de 2002 acontece o alinhamento da política à Constituição Federal no respeito aos direitos humanos, às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e de acordo com os compromissos internacionais firmados pelo Brasil”. A partir dessa nova disposição destaca-se a demanda por maior cooperação da sociedade no planejamento e na implementação das ações. A sociedade passou a ser convidada para a ocupação dos espaços deliberativos e coletivos de discussão, “como os conselhos estaduais e municipais de políticas sobre drogas” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p.12)

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde aprova várias portarias regulamentando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), abrangendo também os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad), “além de destinar financiamento específico e próprio para esta rede: serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p.12). Nesses lugares ocorre a assistência clínica e a reinserção social “destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p.12). A proposta apresentada pelo Ministério da Saúde é expandir a entrada aos tratamentos do SUS em todos os níveis de atendimento “(atenção primária, CAPS, ambulatório, leitos de atenção integral em hospitais gerais e intervenções de redução de danos)” (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p. 12).

No ano de 2003, o Ministério da Saúde institui a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas, evidenciando o posicionamento do SUS para atender essa população. Essa política direciona todas as medidas relacionadas à atenção “(atenção primária, CAPS, ambulatórios, leitos em hospital geral, redução de danos)”, apontando o direcionamento para a área da saúde e o trabalho em os diversos setores, necessário para a intersetorialidade e eficiência das políticas públicas (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009, p.1 3).

A Política Nacional Antidrogas e a Secretaria Nacional Antidrogas, em 2004 passam a ser chamadas, respectivamente, de Política Nacional sobre Drogas e Secretaria Nacional sobre Drogas. Essas mudanças coocorreram com o procedimento de realinhamento, aproximadamente 90% dos elementos da Política Antidrogas foram modernizados, o que refletiu que não se tratava apenas de uma mudança na nomenclatura, mas uma transformação estrutural no enfoque de ações preventivas, tratamento e reinserção social (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009).

Na Política Nacional sobre Droga, a Resolução n. 3, de 27 de outubro de 2005, do Conad, reconhece a diferença entre consumidores e traficantes, o que fica evidente a sustentação da política estabelecida pelas leis de 1976. Entretanto, é interessante ressaltar “que os usuários e dependentes de drogas ilícitas são tratados da mesma maneira” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 87).

O Conad e a Senad, são setores constituídos pelo Poder Executivo, e estão vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional (GSI), no período de sua criação, buscavam “alinhar as políticas sobre drogas no Brasil às de combate às drogas defendidas pelos EUA. Dessa forma, era uma legislação focada em aspectos da segurança e da defesa social” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 88).

Fantauzzi e Aarão (2010, p. 88) aponta que:

A Política Nacional sobre Drogas do Conad institucionaliza sua ideologia nos objetivos seguintes: a) a conscientização da sociedade brasileira acerca das implicações sociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas; b) a formação e a capacitação de diversos atores da sociedade que contribuam com ações efetivas e eficazes de redução da oferta, da demanda e dos danos vinculados aos psicoativos; c) o conhecimento, a sistematização e a divulgação de ações de prevenção relacionadas ao uso indevido de drogas; d) a implantação de redes intersetoriais entre órgãos públicos e privados que garantam assistência aos indivíduos; e) o combate ao tráfico de drogas no território nacional; e f) a avaliação e acompanhamento dos diversos tratamentos e iniciativas terapêuticas. É importante analisar que parte dos objetivos citados está, direta ou indiretamente, ligado à segurança pública.

É relevante ressaltar que, embora a redução de danos seja abordada na política proposta pela Senad e pelo Conad, as duas instituições propõem que o “tratamento para o usuário de substância psicoativa seja a abstinência, como proposto pelas comunidades terapêuticas” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 89).

Essa perspectiva de abstinência é contrária a política instituída pelo Ministério da Saúde, que alega que a abstinência não é o único, muito menos a primeira meta a ser cumprida no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, ressaltando a

heterogeneidade e a multiplicidade de ações nessa área, sendo necessário analisar o cenário social em que o indivíduo está inserido. A proposta encampada pelo Ministério da Saúde apresenta, pelo menos no papel e no discurso, para formas de tratamentos mais flexíveis, como o procedimento de permanência-dia no Caps AD (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

As ações propostas pela política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas, considera o sujeito como detentor do direito de acessar a saúde e à assistência social, o que provoca a necessidade da criação de uma política de saúde pública que tenha a coparticipação de várias esferas e segmentos do Estado, respaldando não só nos “princípios médicos, mas também em diretrizes sociais, psicológicas, econômicas e políticas, de maneira a ofertar diversas formas de tratamento: preventivas, promotoras de saúde e igualdade social, educativas e reabilitadoras” (FANTAUZZI; AARÃO, 2010, p. 89).

As diretrizes expostas sobre a política do Conad, Senad e do Ministério da Saúde, na Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, são aptas para garantir conflitos entre esses setores do governo, visto que são duas ideologias diferentes, uma de segurança pública e outra de saúde no enfrentamento a questão das drogas (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

Segundo Machado (2006, p. 85) para a resolução desse conflito, seria interessante “adotar uma política coerente com um discurso antidrogas ou de inaugurar uma outra proposta política, focada não na droga, mas, na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública brasileira”. Entretanto, Fantauzzi e Aarão (2010) apontam que não há uma solução simples na escolha entre as duas ideologias. A dificuldade em questão é que a política institucional dá poderes aos dois setores para constituírem e implementarem suas diretrizes políticas, esses setores tem o mesmo nível hierárquico e foram instituídos pelo Poder Executivo Federal.

Para Carvalho (2011a, p. 9-10):

Faz-se necessário salientar que a razão de Estado na forma de políticas públicas é o aperfeiçoamento dessa arte de governar, as campanhas nacionais “contra as drogas”, os programas de prevenção “ao uso indevido de drogas”, ou de “redução de danos”, presentes nas políticas educacionais e sanitárias, compreendem a mobilidade da governamentalidade. Por outro lado, não se pode negligenciar a chamada “guerra às drogas”, artifício

utilizado para “corrigir” aqueles que se recusam a ser governados, para estes a razão do Estado tem sido implacável.

Nessa direção, o que tem sido apresentado no contexto atual são propostas em que “o modelo atual de política de repressão às drogas está firmemente arraigado em preconceitos, temores e visões ideológicas” (COMISSÃO LATINO AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2008, p. 6). Desse modo, o Brasil estabelece as suas leis, em maior parte, direcionada para enfoques de natureza proibicionista (FANTAUZZI; AARÃO, 2010).

### **2.3.1 Análise sobre as Políticas sobre drogas na contemporaneidade**

O debate contemporâneo sobre as drogas tem sido construído através de discursos científicos que tendem a configurar o problema ora como “questão de segurança pública relativo ao narcotráfico e a repressão da oferta, ora como questão de saúde pública relativo à repressão da demanda por um lado e à redução de danos por outro” (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 267).

A política de combate às drogas no Brasil busca em suas proposições uma luta entre a lógica da segurança pública e de saúde pública. Tal procedimento configura-se no “embate entre as políticas de enfrentamento à questão - a Política Nacional Antidrogas instituída 2003 pela Secretaria Nacional Antidrogas<sup>19</sup> e a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde criado no governo de FHC” (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 267).

Na atualidade, a questão mais ressaltada no discurso dos líderes políticos e dos governantes é o comércio ilegal de drogas (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). O poder irresistível dos recursos advindos do tráfico de drogas, por sua ilicitude, atua de forma contrária aos organismos reguladores da economia global.

Como uma mercadoria, o uso de drogas é incentivado como produto, “com mercado e marketing estabelecidos”, os lucros chegam há aproximadamente 500 bilhões de dólares/ano. Vários autores demonstram que a posição de ilegalidade “atribuída a um conjunto de drogas” incentivou outras atividades delituosas, “tais como o tráfico de armas, o contrabando, o terrorismo, as guerra e guerrilhas, os golpes de Estado e

---

<sup>19</sup> Secretaria Nacional Antidrogas criada no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), no governo Lula foi modificada para Política Pública sobre Drogas.

as práticas ilícitas” (ARBEX JR.; TOGNOLLI; ASSUMPÇÃO; GARCIA; ROCCO apud GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 268).

Na arena mundial e brasileira, há claros indícios de que gradativamente **“está sendo quebrado o consenso monolítico e duro da política estritamente proibicionista**, de inspiração norte-americana, para o campo das drogas ilícitas”. (VASCONCELOS, 2012, p. 171). As convenções dos órgãos internacionais vinculados ao tema vêm mostrando que nos últimos anos há uma clara discordância em relação às normas dos Estados Unidos até hoje hegemônicas. Elas reconhecem que **“a atual política é incapaz de reverter os níveis atuais de produção e o consumo de drogas, bem como de enfrentar o poder crescente do tráfico internacional e nacional de drogas**, cuja violência tem aumentado” (VASCONCELOS, 2012, p. 171, grifo do autor).

Segundo Vasconcelos (2012) as práticas das **“novas legislações”** no continente Europeu, especialmente na Espanha e Portugal, no caminho da **“descriminalização da produção caseira ou de venda controlada em farmácias de produção sob estrito controle estatal, bem como de livre portabilidade e do consumo de pequenas quantidades de drogas leves (principalmente maconha)”**, expressam um progresso enorme na “quebra do monolítico” (VASCONCELOS, 2012, p. 171, grifo do autor).

Vasconcelos (2012, p.171) aponta que essas mudanças implicam em:

- retirar do narcotráfico o poder e a renda associada a estas drogas específicas;
- diminuir a criminalização dos usuários e dos trabalhadores de transporte de pequenas quantidades associados ao narcotráfico;
- concentrar o trabalho policial no controle mais efetivo das drogas mais importantes e nos responsáveis maiores pelo tráfico;
- possibilitar a descriminalização da produção e porte de pequenas quantidades de drogas leves, como a maconha, em um contexto de expansão, no mercado ilícito, de *crack* e de outras drogas mais pesadas, possibilitando ao mesmo tempo uma nova alternativa de redução de danos para os usuários destas drogas;
- diminuir a estigmatização dos usuários;
- dar visibilidade social, legitimar e consolidar um investimento mais claro em políticas de redução de danos;
- ao dar visibilidade social, criar condições para que a população e a sociedade civil exijam políticas mais adequadas e massivas de prevenção das drogas mais pesadas, e melhores serviços de assistência a usuários que precisam e/ou queiram se tratar.

No Brasil, encontramos nas iniciativas na esfera federal uma quebra de braços entre duas linhas de diferentes atuação. De uma lado, O Ministério da Saúde e a

contemporânea política de saúde mental, baseado no processo de “desinstitucionalização” e reforma psiquiátrica, centralizadas em abordagens combinadas com os usuários; com ações de redução de danos ( sem exigir abstinência); “e que pode incluir uso controlado de medidas involuntárias apenas nos casos de maior risco e gravidade. No outro lado, temos a área de segurança pública, com o apoio dos setores mais convencionais e corporativistas dos psiquiatras”, e com o irrestrito apoio do Estado (VASCONCELOS, 2012, p. 175).

Na direção da política de saúde mental, o Ministério da Saúde tem buscado alternativas há vários anos, e vem lançando os “Centros de Atenção Diária - álcool e drogas (CAPS ad), a ampliação de serviços ambulatoriais especializados; a maior oferta de leitos especializados na abordagem à drogas em hospitais gerais e de emergência”, a atenção primária em saúde e as ações de redução de danos (VASCONCELOS, 2012, p.175).

A partir de 2009, o Ministério da Saúde fica pressionada pela outra linha de ação do governo, nesse cenário, a Coordenação de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas lança consecutivos planos emergenciais de enfrentamento do *crack*. Que tinha como principais medidas destinadas a:

- ampliação do acesso a serviços, qualificação de profissionais, articulação intra/intersetorial e promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma;
- aos *consultórios de rua*<sup>20</sup>, montados em várias cidades do país, que procuram ativamente as áreas urbanas de maior consumo de *crack*, na linha da redução de danos e de encaminhamento daqueles usuários que demonstram vontade de se tratarem;
- ao lançamento do CAPS ad 24 h, ou seja, de atenção integral em todos os dias da semana, por 24 h, um dispositivo capaz de sustentar melhor casos de cuidado intensivo e contínuo, alguns deles com serviços residenciais integrados, como as casas de abrigo temporário.

Em maio de 2010, foi sancionado o Decreto n. 7.179, que “institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências”. (BRASIL, 2010). O Plano integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC) aponta que:

- Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas.
- § 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as

---

<sup>20</sup> Essa terminologia foi mudada para Consultório na Rua.

políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

Art. 2º São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas:

I – estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua;

II – estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde – SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS;

VI – fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.

No Artigo 5º, no parágrafo segundo, do inciso I institui as ações estruturantes do PIEC, que amplia a “rede de atenção à saúde e assistência social para tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas” (BRASIL, 2010).

De acordo com Vasconcelos (2012, p. 173) a política que vem sendo constituída a partir de 2011(Programa *Crack*, é Possível Vencer) em várias cidades do país, apresentando como os principais exemplos o do Rio de Janeiro e de São Paulo, que tem uma evidente característica higienista de limpeza das cidades, sobretudo nos locais onde ficam os usuários de drogas (cracolândias) que estão situadas em áreas valorizadas ou em locais de movimentação de turista nestas cidades: “prisão dos traficantes, recolhimento involuntário temporário, registro e posterior dispersão dos usuários adultos, e recolhimento compulsório de crianças e adolescentes em abrigos da rede de assistência social”.

Ainda segundo o autor, neste último caso, esta ação tem causado um crescimento frenético no número de crianças e adolescentes supervisionadas ou sob a responsabilidade integral do Conselho Tutelar (CT), “cujos trabalhadores por sua vez se dizem despreparados para lidar com os desafios qualitativos e quantitativos da nova situação” (VASCONCELOS, 2012, p.174). Por exemplo, na maior parte destes abrigos, não existe nenhuma “atenção especializada às crianças com dependência ao *crack*, que lhes dê suporte efetivo pelo menos no período mais difícil da síndrome de abstinência e seus efeitos agudos. Outras vezes, a assistência médica se reduz à sedação contínua” (VASCONCELOS, 2012, p.174).

Vasconcelos (2012, p.174) aponta que:



Este significativo impacto social da droga tem um enorme apelo na mídia, no parlamento e nas áreas da justiça e segurança. Em muitos casos, é preciso identificar e reconhecer um exagero significativo dos grandes veículos de comunicação do país, que têm se curvado aos interesses e ao lobby da área federal de segurança e dos setores organizados da psiquiatria biomédica, criando espaço para a reivindicação de serviços tradicionais de internação. Além da internação especializada em unidades psiquiátricas, a modalidade principal de serviços reivindicada por este lobby é a institucionalização em **comunidades terapêuticas**, geralmente implantadas por igrejas cristãs, a maioria delas evangélicas, cuja intervenção pode durar vários meses, em regime fechado. Como era possível se prever, a maioria absoluta estas comunidades terapêuticas, com pouquíssimas exceções, têm sido objeto de inúmeras denúncias por ausência de condições hoteleiras e sanitárias adequadas, maus tratos, isolamento e uso de celas fortes, violência, proselitismo religioso e prática obrigatória de seus rituais, etc. [grifo do autor]

Por sua vez, “a justiça brasileira já foi mobilizada em um vigoroso processo de judicialização dos encaminhamentos, em despachos de juízes” que, na maior parte das vezes, “obrigam a internação compulsória na rede de serviços públicos existentes e principalmente nas comunidades terapêuticas”.

### 3 METODOLOGIA

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como foco realizar levantamento das legislações publicadas pela Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo sobre a temática drogas, no período de janeiro de 2005 a agosto de 2013. A escolha do período de análise das legislação foi realizada de forma aleatória, sem nenhum outro critério de escolha.

Por meio da metodologia buscaremos apresentar o caminho do pensamento e a prática teórica pensada na preocupação do estudo, e que se localizam intrinsecamente instituídos pela visão social de mundo ligado pela teoria na qual o pesquisador se valerá. É a metodologia que explicita as opções teóricas fundamentais e expõe as implicações do caminho escolhido para compreender determinada realidade (MINAYO, 2010).

Em relação ao tipo de pesquisa adotado no presente estudo é aqui feita opção pelo emprego da metodologia de abordagem qualitativa, considerando o interesse direcionado à busca das características essenciais do fenômeno em estudo, com anseio de obtenção de dados cuja ênfase incide na profundidade, e não na exatidão numérica dos mesmos. A busca de conhecimentos, neste caso, é feita pelo desejo de obtenção de dados não mensuráveis quantitativamente, mas que participam das características do objeto tomado para estudo (MINAYO, 2010). “Os dados da pesquisa qualitativa objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social” (GOLDENBERG, 2004, p. 49).

Entretanto, neste trabalho usaremos também a abordagem quantitativa, pois serão apresentados dados, tabelas e gráficos para que se elucidem as perspectiva desta pesquisa. Para Goldenberg (2002), a maioria dos pesquisadores em ciências sociais admite que não há uma única técnica, um único meio válido de coletar os dados em todas as pesquisas. Os mesmos acreditam que há uma interdependência entre os aspectos quantificáveis e a vivência da realidade objetiva no cotidiano. A escolha de trabalhar com dados estatísticos depende das questões levantadas e dos problemas que se quer responder.

De acordo com Goldenberg (2004, p. 50):

O reconhecimento da especificidade das ciências sociais conduz à elaboração de um método que permita o tratamento da subjetividade e da singularidade dos fenômenos sociais. Com estes pressupostos básicos, a representatividade dos dados na pesquisa qualitativa em ciências sociais está relacionada à sua capacidade de possibilitar a compreensão do significado e a "descrição densa" dos fenômenos estudados em seus contextos e não à sua expressividade numérica.

Adotaremos a metodologia usada por Vergara (2013), que propõe dois critérios básicos para a definição de pesquisa, esses critérios são: quanto aos fins; quanto aos meios. Quanto aos fins, a pesquisa será descritiva e quanto aos meios de investigação, será documental.

Ainda segundo Vergara (2013, p. 42), a “pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. [...] não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação”. Quanto aos meios, a “investigação documental é realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza, ou com pessoas: registros, anais, regulamentos, circulares, [...] diários, cartas pessoais e outros” (VERGARA, 2013, p. 43). No presente estudo, pesquisaremos as características das legislações sobre drogas no Estado do Espírito Santo.

A coleta de dados procedeu com intuito de obter todas as informações sobre os documentos pesquisados. Optamos por organizar os documentos selecionados, colhendo as seguintes informações: autores das leis, projetos de leis, decretos regulamentares, data da lei, ementa da lei, número da lei. Aquelas leis, projetos de leis ou decreto regulamentar que não foram identificados os seus autores através do site da ALES, foi realizada um visita na ALES para complementar as informações da tabela elaborada e os dados foram organizados cronologicamente e por tipo de legislação.

De acordo com Gil (2010), a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, a diferença entre ambas está na natureza das fontes. Habitualmente se recomenda que seja considerada fonte documental quando o material consultado é interno à instituição, e fonte bibliográfica quando for adquirido em meios externos, tais como, bibliotecas ou base de dados.

A pesquisa documental foi realizada a partir do site da Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo. Os dados coletados dos documentos no site da ALES, foi realizado no campo de legislações, passando para pesquisa completa, acessamos o item consulta por assunto, a partir deste momento, utilizamos as palavras drogas e bebidas alcoólicas para encontrarmos as legislações que interessava a esta pesquisa. Elegemos os documentos a ser pesquisado dentre todos da ALES, as leis ordinárias, leis complementares e decreto regulamentar. Após a eleição das legislações à serem analisadas, foram constituídas duas classificações como: características das legislações, foram definidas as categorias coercitiva; repressiva; preventiva; tratamento; preventiva/repressiva e repressão/restrição e na classificação do público alvo, também foram definidas as categorias como, sociedade em geral; mulheres grávidas; usuários de drogas; adolescentes e jovens e frequentadores de casas noturnas (no geral, público jovem).

Na pesquisa realizada no site ALES, buscamos documentos como: leis, projetos de leis, decreto regulamentar que abordassem a temática das drogas do período de janeiro do ano 2005 à agosto de 2013. Para Marconi e Lakatos (2011), as fontes documentais podem estar contidas em arquivos públicos municipais, estaduais e nacionais. Segundo as autoras a maioria dessas fontes documentais contém “documentos oficiais, tais com: ordens régias, leis, ofícios”. Desta forma, os documentos oficiais instituem fontes confiável de dados. “Podem dizer respeito a atos individuais ou, ao contrário, atos da vida política, de alcance municipal, estadual ou nacional” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 50-51)

Para que a leitura seja eficaz quanto à sua fixação, realizaremos notas de todo o material lido. Usaremos o emprego de fichamento, com objetivo de sistematizar todas as informações em fichas de apontamentos que contenham dados básicos a respeito da identificação das obras consultadas, notas dos conteúdos, comentários e ideias. Essas fichas serão compostas por cabeçalho, referência bibliográfica e texto. O fichamento do material escolhido nos possibilitará celeridade e caso seja preciso no transcorrer da análise, aprofundar os aspectos que ainda se apresentarem dúbios e conflitantes.

Para análise dos dados coletados nos documentos utilizaremos a análise do conteúdo, selecionado e síntese integradora que apresentará a reflexão alcançada a partir do referencial teórico e dos dados alcançados no intento de atingir uma

justaposição crítica dos objetivos indicados, desta forma, a síntese integradora nos possibilitará uma visão do todo deixando claras as relações entre os diferentes aspectos, sub-temas, buscando articulação e concatenação pois, ao situar os conhecimentos “parciais” em seu todo, é possível perceber as inter-relações básicas. Conforme Marconi e Lakatos (2011), a análise de conteúdo é uma técnica que visa analisar todo conteúdo estudado, voltada principalmente ao estudo das ideias de seus autores.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Neste capítulo apresentaremos os resultados obtidos a partir da análise das legislações sobre drogas publicadas pelo legislativo estadual, no período de janeiro de 2005 a agosto de 2013.

Verificou-se que entre janeiro de 2005 e agosto de 2013 foram criadas 19 legislações que abordavam a temática das drogas. Ao analisarmos estas legislações temos que o conteúdo está relacionado: ações e campanhas educativas; tratamento; restrições a locais de venda (no caso do álcool); proibição de propaganda; proibição e restrição a compra e ao uso. Abaixo apresentamos um quadro síntese das legislações encontradas.

Tabela 1 – Legislações sobre drogas do Espírito Santo de janeiro de 2005 a agosto de 2013.

(continua)

Lei/Ano	Tipo de Legislação	Autor	Ementa	Característica da Legislação	Público Alvo
8105/2005	Lei Ordinária	Cláudio Thiago	Fica <b>instituído</b> , no Calendário Oficial do Estado do Espírito Santo, o Dia Estadual da <b>Consciência Antidrogas</b> , a ser comemorado anualmente na 4ª (quarta) segunda-feira do mês de maio.	Preventiva	Sociedade em geral
8470/2007	Lei Ordinária	Poder Executivo	<b>Revoga</b> a Lei nº 7.912, de 30.11.2004, que <b>proíbe</b> a venda ao consumidor final de <b>bebidas alcoólicas</b> em área destinada à instalação e funcionamento de posto de combustível, nos finais de semana e feriados.	Repressiva	Sociedade em geral
8521/2007	Lei Ordinária	Reginaldo Almeida	Institui a Semana de <b>Prevenção às Drogas, ao Alcool e ao Fumo</b> , na rede pública de ensino do Estado do Espírito Santo.	Preventiva	Sociedade em geral
8635/2007	Lei Ordinária	Gov. Paulo Hartung	Dispõe sobre ações <b>preventivas e repressivas</b> por parte do Estado à comercialização e ao fornecimento de <b>bebidas alcoólicas</b> em áreas onde sejam detectados índices elevados de violência e dá outras providências.	Preventiva/Repressiva	Sociedade em geral

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Legislações sobre drogas do Espírito Santo de janeiro de 2005 a agosto de 2013.

(continuação)

Lei/Ano	Tipo de Legislação	Autor	Ementa	Característica da Legislação	Público Alvo
8849/2008	Lei Ordinária	Luzia Toledo	Dispõe sobre afixação de mensagens <b>contra as drogas</b> na folha capa de talões de cheques.	Preventiva/Repressiva.	Sociedade em geral
8993/2008	Lei Ordinária	Robson Vaillant	Ficam <b>proibidos a venda e o consumo de bebidas alcoólicas</b> em lojas de conveniências instaladas em postos de combustíveis, localizados em área urbana, no Estado do Espírito Santo, nos horários estabelecidos entre a zero hora e as seis horas da manhã.	Repressão/restrição	Sociedade em geral
9104/2009	Lei Ordinária	Reginaldo Almeida	Dispõe sobre a <b>obrigatoriedade</b> da afixação de cartazes alertando sobre os males causados pelo alcoolismo nos estabelecimentos que comercializam <b>bebidas alcoólicas</b> e dá outras providências.	Preventiva/Repressiva	Sociedade em geral
9140/2009	Lei Ordinária	Aparecida Denadai	Institui o Dia Sem <b>Alcool</b> , a ser <b>comemorado</b> , anualmente, no dia 5 de setembro, com o objetivo de <b>estimular o não consumo de bebida alcoólica</b> .	Preventiva	Sociedade em geral
9151/2009	Lei Ordinária	Wolmar Campostrini	Fica instituída a Semana de <b>Prevenção e Conscientização</b> do Alcoolismo Juvenil no calendário oficial das <b>escolas públicas</b> da rede estadual de ensino.	Preventiva	Adolescentes e Jovens
9296/2009	Lei Ordinária	Da Vitória	Acrescenta parágrafo único ao artigo 1º da Lei nº 5.550, de 24.12.1997, que <b>obriga</b> os produtores e engarrafadores de bebidas alcoólicas a colocarem no rótulo a seguinte frase: “o <b>álcool</b> faz mal a saúde, evite excesso”.	Preventiva	Sociedade em geral

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Legislações sobre drogas do Espírito Santo de janeiro de 2005 a agosto de 2013.

(conclusão)

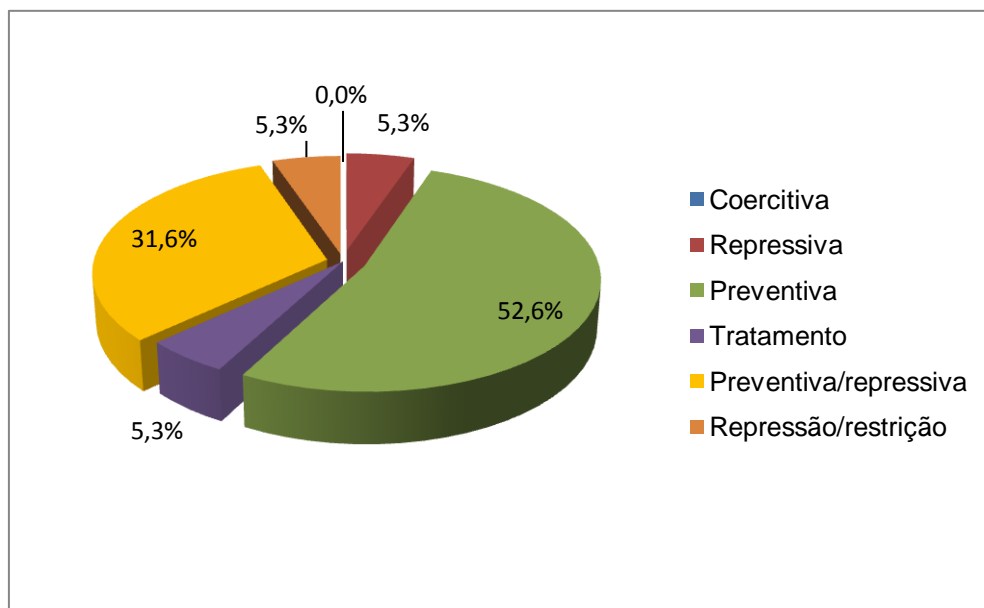
9351/2009	Lei Ordinária	Luiz Carlos Moreira	Fica declarado de utilidade pública o Instituto Assistencial de Atenção ao Uso de Drogas Nova Aliança - INA, com sede no Município de Piúma, neste Estado.	Tratamento	Sociedade em Geral
9446/2010	Lei Ordinária	Da Vitória	Fica instituído o Dia Estadual do Programa Educacional de <b>Resistência às Drogas</b> e à Violência - PROERD, a realizar-se no dia 26 do mês de junho.	Preventiva	Sociedade em geral
9480/2010	Lei Ordinária	Janete de Sá	Fica instituída a Campanha de <b>Prevenção</b> à Síndrome <b>Alcoólica Fetal</b> no Estado.	Preventiva	Mulheres grávidas
9615/2011	Lei Ordinária	Aparecida Denadai	Dispõe sobre a afixação de cartazes informativos nos postos de combustíveis e nos restaurantes localizados às margens das rodovias estaduais, alertando condutores de veículos automotores sobre os riscos de dirigirem sob efeito de <b>álcool, drogas e medicamentos</b> .	Preventiva	Sociedade em geral
9618/2011	Lei Ordinária	Reginaldo Almeida	Dispõe sobre a afixação, nas dependências das boates e casas noturnas congêneres, de cartazes alertando os frequentadores dos riscos decorrentes do uso de <b>drogas</b> .	Preventiva	Frequentados de casas noturnas (no geral, o público jovem)
605/2011	Lei Complementar	Poder Executivo	Cria a Coordenação Estadual sobre <b>Drogas</b> e dá outras providências.	Preventiva/Repressiva	Sociedade em geral
9845/2012	Lei Ordinária	Poder Executivo	Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas – SISESD, para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso indevido, <b>atenção e reinserção social</b> de usuários e dependentes de <b>drogas</b> , bem como <b>repressão</b> ao tráfico ilícito de drogas.	Preventiva/Repressiva	Sociedade em geral
10015/2013	Lei Ordinária	Luiz Durão	Institui o Dia Estadual sem <b>Tabagismo</b> e sem <b>Alcoolismo</b> .	Preventiva	Sociedade em geral
10062/2013	Lei Ordinária	Luiza Toledo	Institui o Dia Estadual de <b>Combate ao Crack</b> .	Preventiva/Repressiva	Sociedade em geral

Fonte: Elaboração própria.



Diante da análise das legislações encontradas verificou-se conforme o gráfico 1 abaixo, que 52,6% têm o caráter da ação direcionada para medidas preventivas. 31,6% apresentaram caráter preventivo, no entanto, as ações direcionam-se também as medidas de cunho repressivo efetuado pela área de segurança pública. 15,9% das legislações somadas apresentaram ações repressivas, repressão/restrição, tratamento e coercitiva.

Gráfico 1 - Características das Legislações



Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se que em relação as propostas legislativas preventivas por exemplo, a Lei 9615/2011, que dispõe sobre a “**afixação de cartazes informativos** nos postos de combustíveis e nos restaurantes localizados às margens das rodovias estaduais, **alertando** condutores de veículos automotores sobre **os riscos de dirigirem sob efeito de álcool, drogas e medicamentos**” (ESPÍRITO SANTO, 2011, grifo nosso). E a lei 9618/2011 dispõe sobre a “**afixação, nas dependências das boates e casas noturnas** congêneres, de **cartazes alertando** os frequentadores dos **riscos decorrentes do uso de drogas**”.

Observamos que as legislações mencionadas são tentativas de campanhas isoladas, que não surte nenhum efeito na sociedade, além disso, naturalizam o beber (ESPÍRITO SANTO, 2011, grifo nosso).

Verificou-se também nas ações preventivas de cunho repressivo 8635/2007, relacionados as “ações **preventivas e repressivas** por parte do Estado à comercialização e ao fornecimento de **bebidas alcoólicas** em áreas onde sejam detectados índices elevados de violência e dá outras providências” (ESPÍRITO SANTO, 2007, grifo nosso), verifica-se que a lei segue o direcionamento proibicionista, conservador, como apontado anteriormente no referencial teórico.

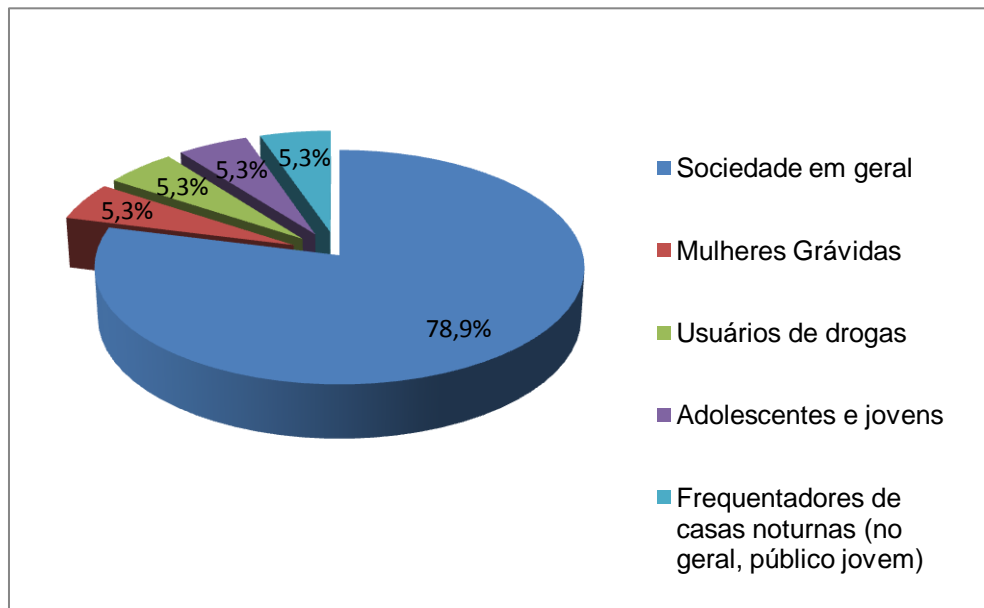
Já no ano de 2009, a lei nº 9104/2009 que, “dispõe sobre a **obrigatoriedade** da afixação de cartazes alertando sobre os males causados pelo alcoolismo nos estabelecimentos que comercializam **bebidas alcoólicas** e dá outras providências” (ESPÍRITO SANTO, 2009, grifo nosso). Essa lei segue na mesma direção da lei 9615/2011 e 9618/2011 (ESPÍRITO SANTO, 2011). Estas leis seguem uma perspectiva nacional de reduzir os danos causados pelo uso do álcool, por exemplo, as ações a partir da Lei Seca, as campanhas realizadas pelos órgãos de trânsito. Essas ações objetivam reduzir o número de acidentes e os danos causados por pessoas alcoolizadas na condução de veículo. Além disso, apenas nessas legislações foram encontradas a lógica de redução de danos.

Garcia e Basílio (2008) apontam que os comerciantes não se sentem responsáveis pelo consumo de seus clientes e nem pela venda a menores de 18 anos, apesar de existir em lei a punição a quem vender bebidas alcoólicas aos menores de 18 anos. A lógica que impera é a do mercado.

Ao verificarmos estas leis, observamos que a questão é mais ampla, e que essas leis não resolvem os problemas necessitando da participação da sociedade no espaço de formulações e implementações como um todo, destaco aqui a importância do controle social. Segundo Ricci (2009, p. 9) o controle social é a “participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e verificação (ou monitoramento) das ações de gestão pública”. Na execução, “significa definir diretrizes, realizar diagnósticos, indicar prioridades, definir programas e ações, avaliar os objetivos, processos e resultados obtidos” (RICCI, 2009, p. 9).

Em relação às ações informativas sobre os efeitos nocivos das drogas conforme aprovado pela Lei 8521/2007 que “institui a Semana de Prevenção às Drogas, ao Alcool e ao Fumo, na rede pública de ensino do Estado do Espírito Santo”, essas ações só surtirão efeito se forem acompanhadas de outras políticas que não sejam contraditórias (ESPÍRITO SANTO, 2007).

Gráfico 2: Público Alvo



Fonte: Elaboração própria.

Verifica-se que 78,9 % das legislações, têm como público alvo a sociedade em geral, conforme podemos verificar no gráfico 2. 21, 2 % da legislações desse período apresentaram público alvo, as mulheres grávidas, usuários de drogas, adolescentes e jovens e frequentadores de casas noturnas (no geral, público jovem).

Em relação as legislações ressaltamos que a mesma não podem ser constituídas sem considerar que as drogas fazem parte da cultura humana, como já apontado no referencial teórico.

Em 2005 a lei 8105 apresentou o termo antidrogas, termo que nos leva a refletir sobre as características preconceituosa e moralista, que são cunhadas as legislações sobre drogas (ESPÍRITO SANTO, 2005). Essa terminologia antidrogas sofreu mudanças em sua denominação, a partir do ano de 2004, quando a Secretaria Nacional Antidrogas e a Política Nacional Antidrogas passaram a ser denominadas, Secretaria Nacional sobre drogas e Política Nacional sobre Drogas, trazendo uma nova perspectiva sobre a questão das drogas (AS TRANSFORMAÇÕES..., 2009)

Em 2007, a lei 8470 “**revoga** a Lei nº 7.912, de 30.11.2004, que **proíbe** a venda ao consumidor final de **bebidas alcoólicas** em área destinada à instalação e funcionamento de posto de combustível, nos finais de semana e feriados” (ESPÍRITO SANTO, 2007, grifo nosso).

A revogação desta lei, no ano de 2008, ocorreu após um movimento nacional que foi articulado em resposta aos proprietários de estabelecimentos que comercializavam bebidas alcoólicas. A publicação, no dia 25 de fevereiro de 2008, da Mensagem nº 71, do presidente da república, que encaminhou ao Supremo Tribunal Federal elementos para instruir o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) nº 4017 proposta pela Confederação Nacional do Comércio (CNC), com pedido de provimento liminar, visando suspender a eficácia das disposições contidas na Medida Provisória nº 415, Arts. 1º, 2º, 3º e 6º que proíbem a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais. Nela, a CNC declara que essa venda é uma atividade legal e que a medida provisória viola o princípio da livre iniciativa e da livre concorrência, e que os direitos individuais estariam sendo desrespeitados (BRASIL, 2008).

Encontramos similaridades na redação lei 7912/2004 que foi revogada pela lei 8470/2007 com a lei 8993/2008 que “ficam **proibidos a venda e o consumo de bebidas alcoólicas** em lojas de conveniências instaladas em postos de combustíveis, localizados em área urbana, no Estado do Espírito Santo, nos horários estabelecidos entre a zero hora e as seis horas da manhã” (ESPÍRITO SANTO, 2004, 2007, 2008, grifo nosso). Percebe-se que o legislativo do Espírito Santo ao criarem as legislações fazem meras mudanças nos números das leis, mantendo quase sempre a mesma ementa.

As leis 8105/2005, 8521/2007, 9140/2009, 9151/2009, 9446/2010, 10015/2013 e a 10062/2013 trazem um discurso de combate as drogas, com ações preventivas voltadas para a rede públicas de ensino. É importante ressaltar que é recorrente nas leis a perspectiva proibicionista e preconceituosa, pois a leis informam que a prevenção deve ocorrer nas escolas públicas, deixando a entender que outros espaços de ensino (instituições particulares) não necessitam de ações preventivas. Observa-se nestas leis que há um recorte classista, que trata a questão das drogas como um problema das classes mais pobres (ESPÍRITO SANTO, 2005, 2007, 2009, 2010, 2013).

Tomando as leis 8521/2007 e 9151/2009 como exemplos, identifica-se ações preventivas nas escolas (ESPÍRITO SANTO, 2007, 2009). Carvalho (2012) aponta que em 1882 nos Estados Unidos foi aprovada a lei que forçava as escolas a incluírem na grade curricular a disciplina “educação para sobriedade”. Identificamos

que estas legislações seguem na mesma perspectiva proibicionista liderada pelos americanos, uma educação baseada no moralismo conservador.

Segundo Bertolote citado por Garcia e Basílio (2008) as campanhas objetivavam informar as consequências do álcool, tanto no organismo quanto no nível social. Pinsky citado por Garcia e Basílio (2008, p. 45) analisou a bibliografia “internacional sobre propaganda, prevenção e representação das bebidas alcoólicas nos meios de comunicação, concluiu que as imagens do álcool na mídia parecem ter o efeito de cotidianizar, banalizar e legitimar o consumo de bebidas alcoólicas”, desta forma, acaba diluindo a eficiência das campanhas de prevenção.

De acordo Edwards (1998) e Laranjeira (2004) estes programas de informações sobre os malefícios do álcool poderão produzir maiores resultados se forem seguidas de políticas que não sejam contraditórias, não adiantaria de nada o educador orientar ao aluno sobre os males do álcool e de outras drogas, enquanto as publicidades continuam incentivando o consumo, passando a ideia que o álcool não faz mal (apud GARCIA; BASÍLIO, 2008).

Pinsky (1994) aponta que no Brasil, há vários anos vem sendo constituída a conduta de ingerir bebida alcoólica por meio da valorização cultural, da publicidade maciça, a alegria na venda do produto, ficando a população, especialmente os jovens, sujeitados a elementos que facilitem a ingestão (apud GARCIA; BASÍLIO, 2008).

A lei 8635/2007 “Dispõe sobre ações **preventivas e repressivas** por parte do Estado à comercialização e ao fornecimento de **bebidas alcoólicas** em áreas onde sejam detectados índices elevados de violência e dá outras providências” (ESPÍRITO SANTO, 2007, grifo nosso).

Minayo e Deslandes (1998) apontam que diversos estudiosos têm chegado a conclusão que o álcool é a substância mais ligada às alterações de comportamento geradas por efeitos “psicofarmacológicos” que resulta na violência. “Estudos experimentais mostram que o abuso de álcool pode ser responsável pelo aumento da agressividade entre os usuários” (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 37).

Ainda segundo as autoras, há outro aspecto a ser considerado é que “a violência tem mais chances de ser exercida em determinados segmentos, locais e situações específicos” (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 38), sob condições específicas e influência de fatores sociais, culturais e individuais (MINAYO; DESLANDES, 1998).

A lei 9140/2009 tem uma proposta similar à lei seca nos Estados Unidos na década de 1920, que queria uma sociedade livre do álcool (ESPÍRITO SANTO, 2009). Essa lei proibicionista norte americana, trouxe algumas consequência a sociedade, ela possibilitou e fortaleceu o comercio ilegal de bebidas alcoólicas, onde as máfias passaram a controlar esse lucrativo mercado, fortalecendo o crime organizado (VALENÇA, 2010). Essa lei constituída pela ALES, se encaixa com a política proibicionista que cede aos lobbies<sup>21</sup> de grupos conservadores que querem exterminar as drogas da sociedade, conferindo-lhe a responsabilidade da deterioração moral e pela desordem social (CARVALHO, 2012).

Carvalho (2011a) aponta que nos Estados Unidos as esferas mais conservadoras da sociedade ratificaram as políticas proibicionistas subsidiando-se no sistema ideológico de “pureza moral”, ressalta-se que os conservadores tinham força política com os legisladores, dentre eles destacamos as “Ligas *anti-saloon*” e o “Partido Proibicionista”.

A lei 9480/2010 institui a “Campanha de **Prevenção** à Síndrome **Alcoólica** Fetal no Estado” (ESPÍRITO SANTO, 2010, grifo nosso).

Verifica-se que no texto da lei não há clareza sobre o que se quer com as campanhas propostas, o público alvo da ação e o órgão ou instituição responsável pela implementação de tal ação.

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é caracterizada por déficit de crescimento, dismorfismo facial e evidência de anormalidades do sistema nervoso central (RIBEIRO; GONZALEZ, 1995, p. 47).

Prevenir uma doença sugere uma ação de saúde e logo, ações já previstas pela lei 8080, no artigo 6º, parágrafo segundo,

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990).

É válido destacar que a falta de investimento do Estado nas ações no âmbito da prevenção é uma realidade pela própria configuração assumida pelas políticas

---

<sup>21</sup> O dicionário Michaelis (2007) define lobby como, “um grupo de pessoas que trabalham ou conduta para influenciar membros de uma legislatura a votar de acordo com seu grupo especial de interesse; solicitar ou tentar influenciar os votos do membro do Legislativo, tentar influenciar políticos e ou servidores públicos a favor ou contra” (apud BASÍLIO, 2008, p. 83).

neoliberais que vem sendo implementadas pelo estado brasileiro, vide falta de investimentos na saúde pública e na atenção primária, nos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Há ainda, banalização do consumo de álcool e ao mesmo tempo é necessário pensar nesta bebida como alimento, pois, o produto tem o preço baixo e é de fácil acesso: diante a fome o álcool alimenta. Gomes citado por Garcia e Basílio (2008, p. 39) aponta que:

[...] No Brasil, o preço médio de 1 dose de cachaça é R\$ 0,45, 1 latinha de cerveja das marcas mais procuradas, em média, custa R\$ 0,99, sendo que o custo de 1 litro de leite das marcas mais populares chega a custar R\$ 1,40, preço equivalente a 1 litro de cachaça. Se compararmos o aporte calórico de cada um, 1 litro de cachaça possui, em media, 1540 Kcal, enquanto 1 litro de leite fornece 600 Kcal. Assim, frente à fome e à impossibilidade de acessar comida, a bebida alcoólica pode ser uma via de supressão momentânea da fome, mas não da superação da desnutrição, já que a bebida alcoólica não possui vitaminas, proteínas ou sais minerais [...].

A Lei 9351/2009 traz um discurso de grupos conservadores da sociedade, que creem que o usuário de drogas e o paciente da saúde mental, devem ser trancafiados em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas (ESPÍRITO SANTO, 2009). Os interesses desses grupos estão por traz do processo decisório, que podem ser representados como no caso, dos interesses particulares de instituições de dependência química, que vão à contramão dos direitos sociais e dos direitos humanos, já que o Estado é o responsável para atuar no campo das ações em saúde como está garantido pela Constituição Federal de 1988 e contrárias as propostas da Reforma Psiquiátrica que prevê a desinstitucionalização dos usuários de drogas e da saúde mental e a reinserção social.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), que publicou o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos sobre os locais de internação para usuários de drogas. Nas inspeções realizadas pelo CFP foram encontrados indícios de violação de direitos humanos em todas as instituições do país. As violações encontradas foram:

[...] interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o teste de HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares ( CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190).

Compreende-se que a adoção dessas ações, constitui as variadas opções de tratamentos adotadas por estas práticas sociais. “O modo de tratar ou a proposta de cuidado visa forjar – como efeito ou cura da dependência – a construção de uma identidade culpada e inferior. Isto é, substitui-se a dependência química pela submissão a um ideal, mantendo submissos” e inferiorizando os indivíduos tratados. “Esta é a cura almejada” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190).

A lei 10062/2013 “Institui o Dia Estadual de Combate ao *Crack*” (ESPÍRITO SANTO, 2013). Essa lei sega a direção de “guerra às drogas” como apontado por Rodrigues (2004). Não há nenhuma outra legislação que aborde a temática da questão do *crack* na atualidade.

O legislativo deveria ser mais eficiente para legislar sobre as questões que são recorrentes na sociedade, e não ficarem preso a discurso conservador e proibicionista.

Verifica-se que a lei 9845/2012 que “Institui o Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD) [...]” (ESPÍRITO SANTO, 2012), segue a mesma perspectiva da lei nacional 11.343/2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); “prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006). Observamos que a legislação mencionada é uma cópia da legislação nacional, sem alteração alguma na ementa.





## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutimos ao longo do trabalho que a questão das drogas está relacionada ao desenvolvimento da humanidade. O homem vem realizando o consumo de substâncias psicoativas para diversas finalidades, que passa do emprego lúdico, religioso, cultural e medicinal.

Nesta direção, a análise das legislações sobre drogas do Estado do Espírito Santo, nos possibilitou inferir que, os legisladores seguem a lógica proibicionista, conservadora e por muitas vezes preconceituosa capitaneada pela ideologia norte-americano, sem avaliar outras questões presentes neste contexto. Ressaltamos que a proibição das drogas que hoje são consideradas ilícitas, ou depreciadora da moral, passou para o rol das substâncias proibidas por interesses econômicos da indústria farmacêutica e da indústria de celulose. Entretanto, ressaltamos que a proibição de alguma substância está relacionado aos interesses do sistema capitalista, na qual a lógica de mercado se sobressai em relação a outras questões, tais como, fatores culturais, religiosos, sociais, dentre outros.

Os dados analisados apontaram a dificuldade do Estado brasileiro no decorrer da história em adotarem uma proposta de política pública menos conservadora e separada dos interesses internacionais, consideramos aqui a importante ação e esforço do Ministério da Saúde em romper com esse paradigma, a lançar a Política de Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas, com o objetivo de cuidar daqueles que fazem o uso abusivo de substância psicoativa, pela via da redução de danos.

Desta forma, buscamos neste estudo, compreender como o tema das drogas passou a fazer parte da agenda pública brasileira, especialmente na saúde. Para tanto, recorreremos à história dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil, bem como à história das intervenções governamentais, na área de álcool e outras drogas, identificando os múltiplos atores sociais, concepções ideológicas, interesses e fatores envolvidos.

Sendo levado em consideração que um trabalho de pesquisa, não se extenua em si mesmo, ao contrário, provoca outros trabalhos. Podendo vislumbrar novas possibilidades de estudos a outros pesquisadores, provocando assim, outras

discussões. Provavelmente, elas despertarão o mesmo prazer que o tema das drogas, despertou no pesquisador. Desta forma, desejamos realizar outras pesquisas relacionadas a temática das drogas.

Por fim, a análise do processo legislativo permitiu refletir, a partir do caso que envolve o legislativo estadual constituição das políticas referentes à problemática das drogas, é um processo que envolve diversos interesses, confrontação e articulação entre múltiplas instâncias e atores governamentais e não governamentais na constituição de políticas públicas, processo esse que não está restrito à questão das drogas, mas como expressado também aqui.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Bernardo Starling. “Idade doida da pedra”: configurações históricas e antropológicas do *crack* na contemporaneidade. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina (orgs.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010, p. 13-37.

ALMEIDA, Célia. Crise econômica, crise do *welfare state* e reforma sanitária. In: GERSCHMAN, Silva; VIANNA, Maria Lúcia Werneck (orgs.). **A miragem pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997, p. 177-202.

AS TRANSFORMAÇÕES das Políticas Públicas Brasileiras sobre álcool e outras drogas. **Diálogos**, ano 6, n. 6, p. 11-13, nov. 2009. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/publicacao/revista-dialogos-no-06/>>. Acesso em: 31 out.2013

BASÍLIO, Mirian Cátia Vieira. **O Legislativo municipal de Vitória e a política de enfrentamento às drogas: atos, debates, formulações e não decisões**. Vitória, 2008. Disponível em: <<http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Mirian%20Catia%20Basilio.pdf> >. Acesso em: 01 nov. 2013.

BEHRING, Eliane Rossetti. Fundamentos de Política Social. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, Rio de Janeiro, p. 1-27, [2000?]. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-1.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/servico_social_saude/texto1-1.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

BEHRING, Eliane Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Célia; TEIXEIRA, Mônica. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 11, n.1, p. 21-27, mar. 2008, São Paulo.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

BRASIL. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

BRASIL. Decreto nº 2.994, de 17 de Agosto de 1938. **BRASIL**. Rio de Janeiro. Publicação Original - Seção 1. p. 17669, 02 set. 1938. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2994-17-agosto-1938-348813-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. Decreto nº 4.294, de 6 de Julho de 1921. **BRASIL**. Rio de Janeiro. Publicação Original - Seção 1. p. 13407, 12 jul. 1921. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>>. Acesso em: 22 out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 9.867, de 10 de Novembro de 1999**. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1999/lei-9867-10-novembro-1999-369585-norma-pl.html>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BRASIL. **Medida Provisória nº 415 de 2008**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=382708>>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11343-23-agosto-2006-545399-norma-pl.html>>. Acesso em: 11 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Brasília. **Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção da Saúde Mental nas Américas**. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://www.rolim.com.br/2002/\\_pdfs/poamericas.pdf](http://www.rolim.com.br/2002/_pdfs/poamericas.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção e tratamento**. Brasília, [20--]. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?View=%7BCD569DD3-197E-4A44-A9C1-5A3E8C00DEAD%7D&Team=&params=itemID=%7BA0768378-02FB-4A13-B1A9-3DFC293350BE%7D;&UIPartUID=%7B2868BA3C-1C72-4347-BE11-A26F70F4CB26%7D>>. Acesso em: 30 out. 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 53-180.

CARNEIRO, Henrique Soares. As drogas e a história da humanidade. **Diálogos**, ano 6, n. 6, p. 14-15, nov. 2009. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/publicacao/revista-dialogos-no-06/>>. Acesso em: 31 out.2013

CARVALHO, Jonatas C. de. **A América Latina e a Criminalização das Drogas entre 1960-1970: Prenúncios de outra guerra por outra América**. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – NEIP. 2012. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/3098.html>>. Acesso em: 23 set. 2013.

CARVALHO, Jonatas C. de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional**. Núcleo de Estudos

Interdisciplinares sobre Psicoativos – NEIP. 2011. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/3098.html>>. Acesso em: 23 set. 2013.

CARVALHO, Jonatas C. de. **A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil: a governamentalidade da criminalização**. In: SILVA, Marilene Rosa N. da; TORRES, Magda M.; PINTO, Luciano Rocha. (Org.). Experimentadores: Michel Foucault e práticas historiográficas. 1ed ed. Rio de Janeiro: Pajú, 2011a. Disponível em: <[http://www.neip.info/html/objects/\\_downloadblob.php?cod\\_blob=1173](http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=1173)>. Acesso em: 22 out. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2003b. Disponível em: <[http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/criancas\\_situacao\\_rua/328241.pdf](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/criancas_situacao_rua/328241.pdf)>. Acesso em: 9 out. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as cento e oito maiores cidades no país**. São Paulo: CEBRID, 2005. Disponível em: <<http://nute.ufsc.br/bibliotecas/upload/ildomiciliariusodrogaspsicotropicas.pdf>>. Acesso em: 9 out. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 1997. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/meninos\\_de\\_rua/](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/meninos_de_rua/)>. Acesso em: 9 out. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: CEBRID, 2003a. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>>. Acesso em: 9 out. 2013.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma**. 2008. Disponível em: <[http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/declaracao\\_portugues\\_site.pdf](http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/declaracao_portugues_site.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-4a-inspecao-nacional-de-direitos-humanos-locais-de-internacao-para-usuarios-de-drogas-2a-edicao/>>. Acesso em: 01 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar n. 605**, de 05 de dezembro de 2011, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=29182](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=29182)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 10062**, de 09 de julho de 2013, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <

[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_TX\\_INTEGRAL\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=31045](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_TX_INTEGRAL_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=31045)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8105**, de 05 de outubro de 2005, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=22542](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=22542)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8470**, de 28 de fevereiro de 2007, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=24293](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=24293)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8521**, de 19 de junho de 2007, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=24482](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=24482)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8635**, de 05 de outubro de 2005, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=24875](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=24875)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8993**, de 23 de setembro de 2008, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=25615](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=25615)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9104**, de 09 de janeiro de 2009, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=25753](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=25753)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9140**, de 15 de abril de 2009, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26014](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26014)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9151**, de 13 de maio de 2009, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26025](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26025)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9296**, de 18 de setembro de 2009, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26199](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26199)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9351**, de 09 de dezembro de 2009, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <

[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_TX\\_INTEGRAL\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26337](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_TX_INTEGRAL_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26337)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9446**, de 13 de maio de 2010, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_TX\\_INTEGRAL\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26680](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_TX_INTEGRAL_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26680)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9480**, de 22 de junho de 2010, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=26748](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=26748)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9615**, de 06 de janeiro de 2011, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_TX\\_INTEGRAL\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=27460](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_TX_INTEGRAL_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=27460)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9618**, de 11 de janeiro de 2011, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=27465](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=27465)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 9845**, de 01 de maio de 2012, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_TX\\_INTEGRAL\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=29712](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_TX_INTEGRAL_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=29712)> . Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n. 8849**, de 23 de abril de 2008, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=25342](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=25342)>.. Acesso em: 02 nov. 2013.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária n.10015**, de 21 de maio de 2013, Vitória: Assembleia Legislativa, 2005. Disponível em: <[http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA\\_ASSUNTO\\_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id\\_lei=30869](http://www.al.es.gov.br/portal/legislativo/CONSULTA_ASSUNTO_NORMA.CFM?btnProcedimento=buscar&Id_lei=30869)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O advento do *crack* no contexto político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina (orgs.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010. p. 81-101.

FERREIRA, P. E. M; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatria**, jun. 2001, v. 23, n. 2, p. 96-99. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000200008&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 set. 2012.



GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; BASÍLIO, Mirian Cátia Vieira. **Bebidas alcoólicas no município de Vitória**: reflexões sobre mecanismo de prevenção ao consumo de álcool. Vitória, EDUFES, 2008.

GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; LEAL, Fabíola Xavier; ABREU, Cassiane Cominoti. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, vol. 20, n. 2, p. 267-276, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000200014>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONÇALVES, Elizabeth Costa. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, Richard (org.). **As Drogas e a Vida**: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988. p. 9-14.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2011, p. 17-81.

JANSEN, Ney. Drogas, Imperialismo e Luta de Classe. **Revista Urutágua**, Maringá, n.12, abr.- jul. 2007. Disponível em: <[www.urutagua.uem.br/012/12jansen.htm](http://www.urutagua.uem.br/012/12jansen.htm)>. Acesso em: 9 out. 2013.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-6Y7K78>>. Acesso em: 21 out. 2013.

MACRAE, Edward. **Substâncias psicoativas**: não existe drogas a priori! Disponível em: <<http://www.each.usp.br/opuscorpus/PDF/f5p1.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2013.

MARCONI, M. de O.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.14(1), p. 35-42, mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2013.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS (OBID).

**Informações sobre drogas:** definição e histórico. Brasília, c2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 5 set. 2013.

RIBEIRO, Erlane Marques. GONZALEZ, Claudette Hajaj. Síndrome Alcoólica Fetal: Revisão. **Pediatria**, São Paulo, n. 17(1), p.47-56, 1995. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/184.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRAS, Ronaldo (Orgs.). **O Tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RICCI, Rudá. Controle social: um conceito e muitas confusões. **Revista Espaço Acadêmico**, ano IX, n. 98, p. 9-12, jul. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/viewFile/7590/4362>>. Acesso em: 31 out. 2013.

RODRIGUES, Thiago. Drogas e liberação: enunciadores insuportáveis. **VERVE: Revista Semestral do NU-SOL - Núcleo de Sociabilidade Libertária/ Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP.** nº6, p. 129-156, out. 2004, São Paulo. Disponível em: <<http://www.nu-sol.org/verve/pdf/verve6.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2013.

SETUBAL, Aglair Alencar. **Pesquisa em Serviço Social:** utopia e realidade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TOTUGUI, Márcia Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (org.). **As Drogas e a Vida:** uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988. p. 1-7.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TULLER, N.G.P.; ROSA, D.T.M.; MENEGATTI, R.P. *Crack* e os perigos de uma viagem sem retorno. **Cesumar**, v. 09, n.02, p. 153-161, Jul./Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewFile/556/471>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

VALENÇA, Tom. **Consumir e ser consumido, eis a questão! (parte II) outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo.** Tese de doutorado. PPGCS, UFBA, Salvador, 2010, p. 21-46. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/11362/1/Tese%20Wilton%20Silva%20seg.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica do Brasil recente. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 19-34.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do *Crack*: balanço e perspectiva de ação. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 149-186, maio 2012, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/8artigo.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.