

## Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários

Drug policy and Collective Health: necessary dialogues

Política de drogas y Salud Colectiva: diálogos necesarios

Débora Gomes-Medeiros <sup>1,2</sup>  
Pedro Henrique de Faria <sup>1,2</sup>  
Gastão Wagner de Sousa Campos <sup>2</sup>  
Luís Fernando Tôfoli <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311X00242618

### Resumo

*A hegemonia atual das políticas de drogas ilícitas tem implicações à Saúde Coletiva que necessitam ser discutidas de forma aprofundada. Este ensaio procura explorar, à luz das melhores evidências, o impacto das políticas sobre drogas focadas na criminalização do plantio, comércio e consumo de substâncias psicoativas sobre a saúde das populações. O contexto de análise principal será o brasileiro. Os pontos principais abordados por este trabalho incluem a questão social das drogas e a definição do paradigma proibicionista, as evidências da relação insalubre entre tal paradigma e a saúde das populações, a problemática de um modelo de assistência aos usuários de substâncias psicoativas focado nas comunidades terapêuticas, e futuros caminhos a serem explorados na superação da proibição de drogas ilícitas como a principal forma de abordar a questão. Entre os principais elementos problemáticos da abordagem repressiva no contexto brasileiro podem ser destacados a violência e a mortalidade por homicídios, os impactos sanitários do encarceramento e o bloqueio de acesso ao sistema de saúde e a novas terapias derivadas de substâncias psicoativas atualmente proscritas. Como propostas de mudanças políticas futuras, ressalta-se a descriminalização do uso, posse e pequenas vendas de drogas; a redução da violência e da discriminação associadas ao policiamento; o foco em políticas de redução de danos; a abordagem das especificidades relacionadas ao gênero; incluir variáveis sociais como métrica do sucesso no tratamento do uso problemático de drogas. Concluindo, é relevante que a questão social e política das drogas se torne objeto de mais estudos no campo da Saúde Coletiva.*

*Legislação de Medicamentos; Controle de Medicamentos e Entorpecentes; Aplicação da Lei; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias*

### Correspondência

L. F. Tôfoli  
Departamento de Psicologia Médica de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.  
Rua Tessália Vieira de Camargo 126, Campinas, SP  
13083-887, Brasil.  
lftofoli@gmail.com

<sup>1</sup> Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos, Campinas, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.



## Introdução

O repórter Juan Diego Quesada <sup>1</sup> publicou em outubro de 2017 uma reportagem intitulada *72 Horas na Feroz Guerra Contra as Drogas nas Filipinas*. O enviado especial do *El País* às Filipinas inicia seu relato acerca da política sobre drogas implementada no país asiático apresentando os seguintes dados: desde que o presidente Rodrigo Duterte iniciou em junho de 2016, assim que chegou ao poder, uma campanha brutal contra as drogas para limpar as ruas de traficantes e consumidores, mais de 12.500 (pessoas) foram assassinadas de acordo com a contagem de organizações como a Anistia Internacional <sup>1</sup>.

Em 2018, em seu discurso anual à nação, o presidente afirmava aos filipinos que a Guerra às Drogas iniciada em 2016 estava “longe de acabar” e atacava ativistas contrários às medidas repressivas <sup>2</sup>. Poucos meses depois da assertiva do presidente, ocorreu o assassinato do 34º advogado ligado à defesa dos direitos humanos nos dois primeiros anos do mandato de Duterte <sup>3</sup>. O caso das Filipinas, o principal exemplo atual de uma política sobre drogas de caráter repressivo, sintetiza diversos aspectos do que se procura debater neste ensaio.

O tópico que este trabalho procura explorar, à luz das melhores evidências disponíveis, é o impacto das políticas sobre drogas focadas na criminalização do plantio, comércio e consumo de substâncias psicoativas sobre a saúde das populações. Neste artigo, não focaremos especificamente as políticas de cuidado à saúde das pessoas que fazem uso problemático de drogas, o escopo mais habitual do tema das drogas no campo da saúde <sup>4,5,6,7</sup>.

O termo uso problemático compreende o consumo de psicoativos associado a risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros <sup>8</sup>. Tal definição extrapola, mas inclui definições mais biomédicas, como a dependência, e acolhe também padrões de uso que embora possam ser episódicos geram problemas sociais e de saúde (por exemplo, dirigir sob o uso de substâncias, fazer uso endovenoso de drogas etc.).

Nosso objetivo é, portanto, compreender como a opção por uma forma específica de abordagem da problemática das drogas, pelo Estado, o proibicionismo, cumpriria papel determinante no estabelecimento de padrões de acesso, riscos e necessidades de saúde. Isso posto, procuraremos apontar para a pertinência da questão social das drogas se tornar objeto de mais estudos no campo da Saúde Coletiva. Por “questão” ou “problemática” social compreendemos “o ângulo pelo qual as sociedades podem ser descritas, lidas, problematizadas em sua história, seus dilemas e suas perspectivas de futuro” <sup>9</sup> (p. 85), envolvendo diversos atores, instituições e regulamentações que visem a encontrar uma solução para tal questão <sup>10</sup>. O uso de drogas constitui objeto de debate público e uma questão social que movimenta interesses múltiplos e diversas políticas, embora o seu reconhecimento como problema social tenha acontecido apenas recentemente <sup>10</sup>.

## Humanidade e drogas: uma relação milenar

O consumo de substâncias psicoativas, genericamente agrupadas na linguagem cotidiana sob a denominação drogas, é um fenômeno antigo e persistente na história da humanidade. Com exceção de populações habitantes de zonas completamente desprovidas de vegetação, não há um só grupo humano que não tenha se relacionado com distintas substâncias psicoativas, em diferentes épocas e lugares <sup>11</sup>.

Motivações diversas impulsionaram a humanidade a se relacionar com substâncias capazes de alterar os estados ordinários de consciência: a busca do prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor, a expansão da consciência <sup>12</sup>.

Entre todos aqueles que entram em contato com essas substâncias – em 2015, estima-se que 250 milhões de pessoas fizeram uso de alguma droga –, um percentual geral em torno de 11% desenvolve um padrão de uso arriscado ao ponto de desenvolver dependência – ou seja, quadro nosológico de origem biomédica que se traduz no uso repetitivo, em geral associado ao uso nocivo e à dificuldade de controlar o consumo (Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional e Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>, acessado em 01/Mar/2019) – e necessitar de tratamento clínico <sup>13</sup>.

Embora a ideia da “dependência como uma doença do cérebro” tenha sido amplamente difundida nos últimos anos por um determinado grupo de autores <sup>12</sup>, há também especialistas que reivindicam enfaticamente o papel de fatores econômicos, sociais, psicológicos e situacionais, para além de determinações genéticas e biológicas, do fenômeno do uso problemático de drogas <sup>14,15</sup>.

Nesse sentido, é adequado destacar que o consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, políticas, religiosas e econômicas <sup>16</sup>. Igualmente pertinentes devem ser as necessidades de se distinguir entre uso ocasional/recreacional e dependência de drogas (evitando-se de apontar o usuário como dependente potencial) e a importância de se estabelecer as diferenças entre os diversos tipos de psicoativos e os danos que provocam <sup>16</sup>.

### **A questão social das drogas e o paradigma proibicionista**

Apesar de o consumo de psicoativos ser uma prática constatada desde tempos remotos, foi somente ao longo do século XX que o uso de algumas dessas substâncias se consolidou como um campo de atenção, debate e preocupação social e de Estado <sup>17</sup>.

Uma vez elevada ao patamar de questão social, o problema das drogas passou a ser balizado por três formações discursivas fundamentais: a medicalização, a criminalização e a moralização <sup>17,18</sup>. Esses três discursos estabeleceram entre si relações de aproximação e afastamento nas manifestações concretas da questão das drogas ao longo da História.

A pressão moralista contra as drogas, que remonta ao final do século XIX e início do século XX, não só precedeu a elaboração das leis sobre psicoativos, mas serviu-lhes de substrato <sup>19</sup>. Henrique Carneiro alerta sobre a precedência do discurso moral na construção da questão social das drogas, ao afirmar que a história da regulamentação das drogas inicialmente passou do controle religioso do uso para o controle legal, porém mantendo os preconceitos étnicos e ideológicos <sup>20</sup>.

De forma análoga à influência dos aspectos morais sobre a legislação em matéria de drogas, tem-se a aproximação dos discursos da medicalização e da criminalização. Ambos convergem, por exemplo, na legitimação da ilegalidade de determinadas drogas pela proteção ao que se denomina, no campo do Direito, como o bem jurídico da saúde pública <sup>21</sup>.

Há, também, exemplos de afastamento entre os discursos da medicalização e da criminalização. Especialistas europeus de diversas áreas relacionadas à problemática, ao avaliarem a capacidade destas de produzirem danos ao usuário ou a terceiros, chegaram ao consenso de que o status legal de uma substância psicoativa não se correlaciona diretamente à sua capacidade de produzir dano <sup>22,23</sup>.

Ao longo do século XX, tornou-se hegemônica uma forma específica de atuação do Estado no que se refere à problemática das drogas, o proibicionismo. A gênese e a difusão desse paradigma são frutos de uma conjunção de fatores sociais, políticos e econômicos. Para a construção de sua hegemonia contribuíram a radicalização política do puritanismo norte-americano, o temor das elites sociais em relação à desordem urbana, os conflitos geopolíticos do século XX e o interesse da indústria médico-farmacêutica pelo monopólio da produção de drogas <sup>24</sup>.

Entre todas as substâncias psicoativas, os principais alvos do proibicionismo contemporâneo foram os derivados da *cannabis* (maconha), da coca (cocaína/*crack*) e da papoula (ópio e heroína). Um de seus marcos internacionais importantes aconteceu em 1961, na Convenção Única sobre Entorpecentes, sob a chancela da Organização das Nações Unidas (ONU) e com o patrocínio dos Estados Unidos <sup>24</sup>.

É, também, um importante marco do proibicionismo <sup>25</sup> a declaração do presidente norte-americano Richard Nixon, que em 1971 descreveu as drogas ilícitas como “inimigo público número um”, declarando uma “Guerra às Drogas”. Da mesma forma, a declaração da Assembleia Geral das Nações Unidas, em sessão especial ocorrida em 1998, afirmava o desejo de livrar o mundo da produção ilícita de opioides, cocaína e *cannabis*, bem como das drogas ilícitas manufaturadas, tais como os estimulantes anfetamínicos <sup>26</sup>.

Cabe ressaltar que, apesar de o advento da problemática das drogas como uma questão de Estado e a hegemonia do proibicionismo serem um legado de menos de um século, sempre houve, em todas as sociedades, formas de regulamentação social do consumo de drogas. A novidade histórica trazida pelo século XX foi o caráter penal e internacional acrescentado à problemática <sup>27</sup>.

Antes, contudo, de o paradigma proibicionista tornar-se internacionalmente hegemônico, ocorreram experimentos iniciais de proibição de psicoativos. Aqui, merece destaque a proibição do uso do álcool pelo *Volstead Act* nos Estados Unidos – conhecida no Brasil como *Lei Seca* <sup>27</sup> – cujos resultados em termos de Saúde Coletiva já anunciavam os problemas associados a esta política.

Havia considerável heterogeneidade nos grupos que compuseram o movimento proibicionista na América do Norte <sup>24</sup>. Carneiro esclarece que isso leva a certa dificuldade de se analisar esse movimento.

Ele era puritano e com intensa participação feminina, com valores das classes médias, mas com o envolvimento da classe operária e de grandes industriais, tendo ainda grande participação evangélica, especialmente metodista, mas também com a adesão de católicos <sup>20</sup>.

Seus efeitos, entretanto, podiam ser caracterizados por uma série de consequências indesejadas: corrupção de agentes na hierarquia do Estado, altos índices de encarceramento e formação de um circuito ilegal de circulação do álcool dirigido pelo crime organizado <sup>11,28</sup>. Além disso, chama atenção a escalada, à época, do uso não seguro do álcool, com mortes, intoxicações e sequelas físicas provocadas pela ingestão de destilações de álcool impróprias para o consumo <sup>11</sup>.

Os reverses desse experimento proibicionista – que findou em 1933 – não foram, contudo, suficientes para impedir a tentativa bem-sucedida de ampliar e internacionalizar a proibição de algumas substâncias, especialmente a partir de 1961.

O sucesso do proibicionismo contemporâneo consolidou, assim, uma verdadeira cruzada mundial contra as drogas, legitimada por duas premissas fundamentais, conforme definidas por Fiore <sup>24</sup>: (a) o consumo de drogas é uma prática prescindível e danosa, o que justifica sua proibição pelo Estado; e (b) a atuação ideal do Estado para combater as drogas é criminalizar sua circulação e seu consumo <sup>24</sup>.

Faria <sup>29</sup> (p. 45), em sua Dissertação de Mestrado, expande a definição do paradigma proibicionista de Fiore <sup>24</sup>, propondo um conjunto de princípios que definiria o “Ideário da Guerra às Drogas”: (1) a percepção das drogas, e por extensão, aquele que as usa e as vende, como inimigas ou indesejáveis em si mesmas; (2) o uso de recursos militares e policiais como meio principal para se lidar com o problema; (3) a ideia de que as drogas ilegais e seu uso podem e devem ser erradicados; (4) o conceito implícito de que a solução para o uso problemático de drogas é a abstinência; (5) o incentivo de que modalidades de encarceramento – criminal ou sanitário – poderá resolver o problema das drogas.

Assim, a hegemonia do proibicionismo marcou decisivamente a questão contemporânea das drogas, bem como passou a modular a produção de conhecimento em relação às substâncias psicoativas, ao definir arbitrariamente quais seriam consideradas legais e quais seriam tornadas ilegais <sup>24,28</sup>.

### **Proibicionismo e Saúde Coletiva: evidências de uma relação insalubre**

Explicitados os fundamentos do paradigma proibicionista e da Guerra às Drogas dele originada, cabe discutirmos as consequências desta forma de abordagem do fenômeno das drogas pelo Estado. As consequências da hegemonia do proibicionismo ultrapassam a esfera da Segurança Pública e do cuidado aos usuários problemáticos de drogas – em que são habitualmente abordadas – e interessam diretamente à Saúde Coletiva.

Na sociedade brasileira, o consenso mais recente acerca da questão das drogas culminou na elaboração da *Lei nº 11.343/2006* <sup>30</sup>, a atual *Lei de Drogas*, e baseia-se em dois elementos principais: de um lado, prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; de outro, a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

Assim, a lei que sintetiza os principais referenciais da política nacional de drogas articulou dois discursos principais: um discurso criminalizante, direcionado aos comerciantes de drogas, e um discurso médico-social, que contemplaria os usuários de drogas. Essa articulação objetivava asseverar as punições para o tráfico de drogas e deslocar o usuário das prisões para a rede de atenção à saúde e assistência social <sup>31</sup>.

Deve-se ressaltar, ainda, que a *Lei nº 11.343/2006* não é referente à descriminalização de qualquer substância até então ilícita, modificando-se somente o fato de que usuários de drogas deixariam de estar sujeitos a penas privativas de liberdade. Já os crimes relacionados ao comércio de drogas tiveram sua pena asseverada, passando a receber a punição mínima de cinco anos de reclusão <sup>30</sup>. Vale ressaltar que tal distinção não parece estar operando de forma efetiva na prática, especialmente quando aplicada a grupos específicos como os negros e os mais pobres. Há evidências de que um considerável número de sujeitos encarcerados por tráfico pode ser usuário ou pequeno varejista, cuja atividade não está associada à violência <sup>31</sup>.

### **Proibicionismo, violência e mortalidade por causas externas**

A associação das políticas proibicionistas com o aumento da violência e da mortalidade por homicídio é provavelmente a consequência mais dramática da Guerra às Drogas.

A proibição das drogas, mercadorias cuja demanda vem permanecendo estável e cujo comércio segue gerando margens altas de lucro<sup>32</sup>, é responsável pela criação de uma economia paralela operada por redes criminosas<sup>33</sup>.

Isso posto, antes de iniciarmos a exposição dos dados relativos à associação da violência com as políticas repressivas sobre drogas, cabe ressaltar que, a despeito da hegemonia do proibicionismo, a variedade das drogas e o mercado delas estão expandindo como nunca antes<sup>33</sup>.

Podemos citar, como exemplo, o fato de que a manufatura global de cocaína cresceu 56% entre os anos de 2013 e 2016. Da mesma forma, o fato de o maior crescimento das apreensões de cocaína em 2016 ter ocorrido na África, demonstra a existência de um mercado emergente para a droga. Tem-se, além disso, o aumento da variedade de psicoativos disponíveis ilegalmente: entre 2009 e 2017, 111 países e territórios relataram a apreensão de 803 novas substâncias psicoativas<sup>32,33</sup>.

No que se refere à violência, uma revisão sistemática analisou 15 estudos que avaliaram os impactos da aplicação das leis de drogas sobre a violência dos mercados de drogas. Nesse estudo, 93% dos trabalhos evidenciaram efeitos adversos das leis de drogas sobre níveis de violência, concluindo que a violência armada e as altas taxas de homicídios são consequências inevitáveis da proibição das drogas<sup>34</sup>.

Ainda sobre a relação do proibicionismo com o aumento das taxas de homicídio, destaca-se internacionalmente o caso do México, onde o aumento do número de assassinatos decorrentes do uso de forças militares contra o tráfico de drogas, a partir de 2006, chegou a reduzir a expectativa de vida no país<sup>35,36,37</sup>.

No Brasil também são elevadas as taxas de letalidade decorrentes de ação policial, embora existam problemas de notificação na composição destes dados. Chama a atenção a distribuição desigual do uso excessivo da força pela polícia, notoriamente mais intenso nas áreas periféricas, como as favelas cariocas, do que no resto da cidade<sup>38</sup>, e mais intenso no Brasil que no exterior<sup>39</sup>. Entre 2009 e 2016, mais de vinte mil pessoas foram mortas no Brasil em decorrência de ações policiais, majoritariamente homens, jovens e negros<sup>40</sup>.

Nos Estados Unidos, a Guerra às Drogas está relacionada a um processo de erosão de legislações que restringem a atuação da polícia e a um aumento da brutalidade policial dirigida à minoria de afro-americanos, sem que tenha havido uma correspondente redução do uso e comércio de drogas nas ruas<sup>41</sup>. Nas Filipinas, a declaração de Guerra às Drogas pelo presidente Rodrigo Duterte, eleito em 2016, está associada a uma escalada de violência, encarceramento e mortes evitáveis<sup>42</sup>, com milhares de mortes associadas à implementação desta política<sup>43,44</sup>.

Cabe acrescentar que a violência associada aos mercados de drogas é mediada por outros fatores além do *status* legal das substâncias. Aqui se destacam, além de questões relacionadas ao policiamento, o contexto socioeconômico do usuário, a relação deste com a droga e os meios utilizados para ter acesso à substância.

Daudelin & Raton<sup>45</sup>, ao avaliarem a violência associada ao mercado do *crack* e compará-la à relativa pacificidade do comércio de drogas para as classes médias, observaram que os níveis de violência estão associados não somente à ilegalidade da mercadoria, mas decorrem de “*uma combinação explosiva de consumo compulsivo e dependente, situação de pobreza (...) uso extensivo de crédito (...) e policiamento disruptivo, com baixa dissuasão da violência*”<sup>45</sup> (p. 127).

Cabe ainda ressaltar que a política de Guerra às Drogas, conforme levada a cabo no Brasil para fins de controle dos territórios onde concentra-se a oferta, poderia ser considerada como uma estratégia biopolítica, conforme definida por Foucault<sup>46</sup>, e operando pela lógica da exceção, conforme formulada por Agamben<sup>47</sup>, que trata o tema da exceção ao definir o totalitarismo moderno como sendo a instauração de mecanismos legais que permitem a eliminação física de adversários políticos e categorias inteiras de cidadãos que, por qualquer razão, não pareçam integráveis ao sistema político<sup>47</sup>.

Tal lógica de excepcionalidade parece aplicar-se com propriedade ao caso da violência policial nas periferias brasileiras, pretensamente destinada a combater drogas e traficantes, onde os moradores majoritariamente negros das comunidades pobres, tornados descartáveis, são vítimas de ações perpetradas por meio do recurso à exceção soberana<sup>48</sup>.

O uso de tal exceção soberana na forma de violência letal foi o foco da pesquisa empírica de Orlando Zaccone <sup>49</sup>, cuja obra evidencia que o discurso do Ministério Público sobre a presença de inimigos nas favelas apresenta “modelos” que se repetem como padrões em diversos pedidos de arquivamento, autorizando a legítima defesa dos policiais e justificando a morte daqueles que são considerados “indignos”.

É relevante ainda lembrar o debate contemporâneo proposto por Achille Mbembe <sup>50</sup>, que ao debater as condições sob as quais se exerce o poder de matar, deixar viver ou expor à morte, bem como os sujeitos desta lei, propõe a insuficiência da noção de biopoder e define as formas contemporâneas que subjagam a vida ao poder da morte – a necropolítica e o necropoder – para dar conta das maneiras pelas quais as armas de fogo são dispostas, no mundo contemporâneo.

### **Proibicionismo, encarceramento em massa e risco à saúde**

As políticas de Guerra às Drogas vêm se associando a altas taxas de encarceramento ao longo da história de sua implementação. Nos Estados Unidos, grande fiador do proibicionismo e país líder mundial em número de encarcerados, a repressão ao comércio e uso de drogas foi responsável, desde 1972, por um aumento em cinco vezes da população carcerária, sem um correspondente decréscimo da criminalidade ou do uso de drogas <sup>51</sup>.

As evidências são claras <sup>52</sup> na demonstração de que as políticas proibicionistas em relação a drogas foram aplicadas com um viés racial. Os Estados Unidos são o caso mais bem documentado e, em 2014, os negros tinham cinco vezes mais chances de ser encarcerados ao longo da vida do que a população branca.

A situação é análoga no Brasil, terceira maior população prisional do mundo com mais de 700 mil presos, e onde a taxa de encarceramento foi de 352,6 pessoas presas por 100 mil habitantes em 2016, com tendência crescente <sup>53</sup>.

O tráfico de drogas, embora não seja ainda o tipo penal mais frequente nas prisões, é o que mais contribui isoladamente para o aumento do encarceramento no Brasil, sendo atualmente responsável pela privação de liberdade de 26% da população carcerária masculina e 62% da feminina <sup>53</sup>.

Os dados demonstram, ainda, que o aprisionamento resultante de crimes relacionados às drogas envolve, na maior parte das vezes, pequenas quantidades de substâncias: até 19% das prisões relacionadas à cocaína e 54% das relacionadas à maconha ocorrem por quantidades de drogas que seriam consideradas de uso pessoal em outras legislações <sup>54</sup>.

Em nosso país, assim como nos Estados Unidos, também ocorre sobrerrepresentação de negros na população carcerária (64% *versus* 53% de negros na população geral), que também é majoritariamente jovem (55%) e de baixa escolaridade (80% não completaram o Ensino Médio) <sup>53</sup>.

Posto isso, interessa, para os objetivos deste artigo, avaliar as consequências do encarceramento indiscriminado para o campo da saúde. Os dados disponíveis demonstram que a prevalência dos próprios transtornos por uso de substâncias é maior na população carcerária quando comparada à população geral <sup>55</sup>. Além disso, pessoas com história de uso de drogas (também sobrerrepresentadas na população prisional) encontram-se em risco extremamente alto de overdose após serem liberadas da custódia do Estado <sup>56,57</sup>.

O policiamento repressivo em relação ao uso de drogas contribui fortemente para o risco de infecção por HIV, associada ao uso de injetáveis quando constitui uma barreira para o acesso a serviços de troca de seringas e a terapias de substituição de opioides injetáveis por não injetáveis <sup>58,59</sup>.

Além disso, o uso de drogas, inclusive de injetáveis, ocorre dentro das penitenciárias, e a transmissão de vírus como HIV e hepatite C ocorre entre detentos, frequentemente complicada pela coinfeção por tuberculose – em muitos locais, tuberculose multirresistente <sup>52</sup>.

No Brasil, as pessoas privadas de liberdade têm, em média, 28 vezes mais chances de contrair tuberculose que a população geral <sup>53</sup>. Da mesma forma, na população carcerária brasileira a taxa de mortes violentas intencionais foi mais de seis vezes superior àquela observada no Brasil em 2013 <sup>53</sup>. A prevalência de transtornos por uso de substâncias também se mostrou mais elevada na população carcerária nacional que na população geral <sup>60</sup>.

Avaliando a questão do encarceramento do ponto de vista jurídico, Slokar et al. <sup>61</sup> explicitam a diferenciação entre criminalização primária – o ato e o efeito de sancionar uma lei penal material,



que incrimina ou permite a punição de certas pessoas – em geral exercida por agências políticas (parlamentos, executivos), da criminalização secundária, que é a ação punitiva exercida sobre pessoas concretas, em geral levada a cabo por agências policiais. As agências de criminalização procedem de modo seletivo e simplista, ou seja, realizando a seleção criminal de fatos grosseiros, cuja seleção é mais fácil, bem como a escolha de pessoas que causem menos problemas, dada sua incapacidade de acesso positivo ao poder político e econômico e à comunicação social.

### **Proibicionismo e acesso à saúde**

Em 1998, uma Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas endossou o compromisso dos países membros com estratégias para eliminar ou reduzir significativamente o cultivo ilegal da coca, da *cannabis* e da papoula, e os psicoativos manufaturados, como as anfetaminas, até o ano de 2008 <sup>62</sup>.

Esse intuito de se criar o que à época foi denominado “um mundo livre de drogas” impulsionou práticas agressivas e prejudiciais à saúde de trabalhadores que atuam no cultivo de plantas utilizadas na fabricação de drogas, especialmente das folhas de coca, papoula e *cannabis*.

A exemplo disso, cabe citar a pulverização de campos de coca com o desfoliante glifosato, que tem sido associado a distúrbios respiratórios, dermatológicos e abortos espontâneos. Ademais, os deslocamentos forçados de famílias rurais sem posse de terras agravam a insegurança alimentar, e o isolamento geográfico dos cultivadores os priva do acesso a serviços básicos de saúde e impede que sejam alcançados por programas de saúde pública <sup>63,64,65,66</sup>.

No que tange à relação do proibicionismo com o direito e o acesso à saúde, é fundamental abordar as dificuldades que se impõem ao estudo e aplicação clínica do potencial terapêutico de substâncias psicoativas proscritas.

Com graus variados de evidências disponíveis, diversas substâncias ilícitas (*cannabis*, metilenodioximetanfetamina – MDMA, psilocibina e a dietilamida do ácido lisérgico – LSD) <sup>28</sup> ou de uso restrito a contextos rituais (*ayahuasca*) demonstraram potencial para uso terapêutico <sup>67,68</sup>.

Os derivados da canabis apresentam evidência de eficácia no tratamento da espasticidade associada à esclerose múltipla <sup>69</sup> e da neuropatia dolorosa associada ao HIV <sup>70</sup>. Há, ainda, a possibilidade de utilização da *cannabis* como tratamento sintomático no transtorno de estresse pós-traumático <sup>71</sup>. Discute-se ainda o uso da maconha como redução de danos para o uso de *crack* <sup>72</sup>.

É importante, ainda, o papel do canabidiol (CBD), canabinoide encontrado na maconha, como adjuvante no tratamento de pacientes portadores de epilepsias graves e refratárias de início na infância <sup>73</sup>. Vale registrar que pela via judiciária, no Brasil, abre-se caminho para uma legalização do uso terapêutico da maconha e, por vezes, até o seu plantio. Tais avanços acontecem a despeito da ausência de avanço no campo legislativo.

Em relação ao MDMA, seu uso já foi aprovado pelo FDA como terapia inovadora para o tratamento experimental de pacientes com transtorno de estresse pós-traumático, tendo sido demonstrado alívio sintomático sustentado dos sintomas do transtorno em pacientes refratários aos tratamentos tradicionais <sup>73</sup>. Há ainda um potencial terapêutico a ser explorado pelas substâncias psicodélicas, incluindo a psilocibina <sup>74,75,76</sup>, o LSD <sup>77,78</sup> e a *ayahuasca* <sup>67,68</sup>.

A despeito de promissores resultados do uso terapêutico de substâncias proscritas, alguns deles conhecidos há décadas, a hegemonia do proibicionismo mantém-se como um obstáculo à pesquisa clínica e farmacológica que envolve o uso destas substâncias, aumentando o tempo para a obtenção das substâncias, o custo dos estudos e a burocracia necessária para a realização dos mesmos <sup>28</sup>.

O pânico moral associado ao proibicionismo também interfere na atenção à saúde materno-infantil. O exemplo do fenômeno dos ditos *crack babies* nos Estados Unidos evidenciou como o medo de danos associados à exposição pré-natal à cocaína levou a políticas de punição às mães usuárias <sup>79</sup>.

Esse tipo de abordagem, cujas falhas éticas, legais e de viés racial foram apontadas por acadêmicos, constituía uma barreira à atenção à saúde das mães e crianças e não era sustentado por evidências científicas <sup>80</sup>. No Brasil, filhos de usuárias de *crack* classificadas como “em situação de risco” – em geral pobres e em situação de rua – vêm sendo compulsoriamente afastados de suas mães e encaminhados para abrigos <sup>81</sup>.

## Superando o paradigma proibicionista: caminhos para a mudança das políticas sobre drogas

A formulação de políticas públicas de saúde envolve – tanto em seus aspectos gerais (a estruturação de um sistema nacional de saúde) como em temáticas específicas (como a política sobre drogas) – grandes recursos orçamentários e questões políticas axiais, como a opção por um determinado tipo de Estado.

Essa dimensão macropolítica fez com que, desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) fosse marcado por uma polissemia política, sendo implantado em cenário de interesses heterogêneos <sup>82</sup>.

A Reforma Sanitária brasileira, cujos objetivos foram traduzidos na compreensão da saúde como um direito social a ser assegurado pelo Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)) e na criação de um Sistema Único de Saúde com acesso universal e atenção integral à saúde <sup>83</sup> suplantou, em linhas gerais, o modelo previdenciário voltado à assistência médica individual, curativa e especializada que privilegiava o produto privado em saúde e se articulava ao capital internacional <sup>84</sup>.

Apesar da vitória política da visão de Estado Social atuando na saúde assegurada pela *Constituição Federal* de 1988, o processo de implantação do SUS nas décadas de 1990 e 2000 foi marcado pela contradição permanente entre um princípio de implementação da universalidade, de um lado, e o princípio da contenção das despesas públicas, de outro <sup>85</sup>.

O mesmo ocorreu com o processo político de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em que a disputa entre interesses antagônicos resultou em políticas contraditórias por parte do Estado brasileiro em seus posicionamentos institucionais e econômicos <sup>86</sup>.

Aqui, cabe destacar que no período imediatamente anterior à organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica, especialmente na década de 1970, ao mesmo tempo em que a política oficial de saúde mental incorporava elementos da psiquiatria preventivista, o financiamento estatal seguia privilegiando as instituições psiquiátricas privadas em detrimento de ações comunitárias <sup>86</sup>. Foi necessário um amplo envolvimento da sociedade civil para que as disputas em relação ao modelo de assistência psiquiátrica fossem resolvidas de forma favorável aos propositores da Reforma <sup>87</sup>, um processo complexo cujo detalhamento vai além do escopo deste artigo.

O processo de formulação das políticas sobre drogas insere-se dentro das contradições da implantação concreta do SUS e da efetivação da Reforma Psiquiátrica. Situa-se também, portanto, no contexto das disputas entre interesses públicos e privados na saúde.

No caso das políticas de saúde mental, o grande vácuo deixado pelo Estado nas políticas de atenção a usuários problemáticos de álcool e outras drogas até o início do século XXI foi ocupado pelas Comunidades Terapêuticas (CT) <sup>88</sup>, ou ainda pelas internações psiquiátricas e grupos de mútua ajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) <sup>89</sup>. Chama atenção o fato de que as abordagens médicas e sociais hegemônicas neste período, influenciadas por valores médicos e morais, eram todas focadas na ideia da abstinência como a única solução para o uso problemático de drogas.

A modalidade de tratamento oferecida pelas CT está fortemente associada a grupos religiosos católicos, evangélicos e espíritas <sup>88,90</sup> e, embora segundo Kurlander tenha em seus fundamentos elementos que a aproximam de alguns dos princípios da Reforma Psiquiátrica <sup>91</sup>, apresenta práticas terapêuticas muito heterogêneas e frequentemente conflitantes com as diretrizes da política nacional de saúde mental <sup>88</sup>.

O caso das CT nas políticas sobre drogas expressa de forma clara o que Campos <sup>82</sup> já havia delineado ao analisar o processo de construção do sistema de saúde brasileiro: no concreto os discursos e as práticas estão misturados.

De 2003 a 2018, tivemos uma política nacional sobre drogas que considerava a Redução de Danos como a principal abordagem terapêutica do uso problemático de psicoativos e, ao mesmo tempo, incluía as CT, voltadas para a abstinência, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) <sup>91</sup>. Assim, configurou-se concretamente uma política de saúde em que um Estado laico com uma política de saúde mental baseada na Reforma Psiquiátrica financiava, sob regulamentação frouxa, CT onde o tratamento baseava-se em doutrinação religiosa e, por vezes, desrespeito aos Direitos Humanos <sup>88</sup>. Vale, contudo, frisar que como em qualquer processo de formulação ou modificação de políticas públicas, a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS não aconteceu sem tensionamento político e a resistência de trabalhadores e usuários da rede e seus familiares <sup>92</sup>.



A influência das políticas proibicionistas no campo das drogas está associada a uma forma específica de atuação do Estado nas questões sociais, definida como Estado Penal<sup>92</sup>. Esse modo específico de atuação institucional do Estado, conforme a formulação de Loïc Wacquant<sup>93</sup> (p. 27), é processado pela união do desmonte da Seguridade Social a uma “*política estatal de criminalização das consequências da miséria do Estado*”, por meio da atuação do Estado de modo policial e penitenciário, dentro do qual a criminalização da pobreza e o confinamento das categorias deserdadas fazem as vezes de política social para os desvalidos e conforma uma lógica na qual se inserem a Guerra às Drogas e o encarceramento em massa dela decorrente<sup>93</sup>.

Assim, após termos explicitados os riscos associados às políticas repressivas, é necessário indicar, ainda que brevemente, alternativas ao proibicionismo, tendo em vista a melhoria da saúde pública. Os caminhos a serem trilhados incluiriam: a descriminalização do uso, posse e pequenas vendas de drogas; a redução da violência e da discriminação associadas ao policiamento; o foco em políticas de redução de danos; a abordagem das especificidades relacionadas ao gênero; incluir variáveis sociais como métrica do sucesso no tratamento do uso problemático de drogas; e o incremento da pesquisa para a produção de evidências científicas. Essas propostas constam da mais ampla revisão internacional acerca das políticas sobre drogas e saúde pública<sup>52</sup>. Poderíamos acrescentar ainda a necessidade de se consolidar o *status* legal do uso terapêutico de substâncias ora proscritas, como a maconha e alguns psicodélicos.

## Conclusões

As formas de regulamentação da produção, comércio e uso de substâncias psicoativas, denominadas políticas sobre drogas, impactam no campo da Saúde Coletiva, como o acesso à saúde, mortalidade por causas evitáveis, condições de saúde dentro das instituições e saúde materno-infantil.

Da mesma forma, o modo como o Estado aborda a problemática das drogas relaciona-se à maneira como são pensadas as políticas de saúde como um todo e a questões ainda mais amplas, como os Direitos Humanos e o papel do Estado na garantia de direitos sociais e sua relação com interesses privados.

O proibicionismo está associado a alterações negativas de indicadores de saúde que não estão relacionados diretamente às políticas de saúde mental ou de cuidado aos usuários problemáticos das substâncias psicoativas.

No caso brasileiro é fundamental que o campo da Saúde Coletiva incorpore a crítica aos riscos sanitários e sociais associados ao proibicionismo, uma vez que esta é uma política que, tanto na concepção quanto nos resultados práticos, opõe-se aos princípios e diretrizes do SUS necessários para garantir a existência de um sistema nacional de saúde.

O proibicionismo, portanto, corresponde a um paradigma político que, embora responda aos anseios morais de uma sociedade conservadora em relação às drogas, confronta valores e direitos desta mesma sociedade. É particularmente preocupante nesse caso a limitação do acesso à saúde.

Sendo assim, além da discussão dos modelos e políticas de atenção para usuários de substâncias psicoativas, é fundamental, na busca de assegurar o direito à saúde, que a Saúde Coletiva como campo seja capaz de ampliar a visão relacionada às políticas de drogas e compreendê-la como ela é: interdisciplinar. Ao fazê-lo, é essencial perceber o quanto o ideário da Guerra às Drogas intoxica as políticas e vicia o debate. Após tantos anos de danos à saúde gerados em nome de sua proteção, é necessário compreender e desarmar as relações perigosas causadas pelo paradigma proibicionista.

## Colaboradores

D. Gomes-Medeiros contribuiu com o desenho do trabalho, realizou o levantamento da literatura e o redigiu o texto. P. H. Faria contribuiu com o desenho do trabalho e o redigiu o texto. G. W. S. Campos contribuiu com o desenho do trabalho e o revisou criticamente. L. F. Tófoli contribuiu com o desenho do trabalho, redigiu e o revisou criticamente.

## Informações adicionais

ORCID: Débora Gomes-Medeiros (0000-0003-3047-818X); Pedro Henrique de Faria (0000-0003-4888-0564); Gastão Wagner de Sousa Campos (0000-0001-5195-0215); Luís Fernando Tófoli (0000-0003-2262-8272).

## Referências

1. Quesada JD. 72 horas na feroz guerra contra as drogas nas Filipinas. *El País Internacional* 2017; 5 Out. [https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/05/internacional/1507198244\\_979504.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/10/05/internacional/1507198244_979504.html) (acessado em 05/Out/2017).
2. Reuters. Presidente das Filipinas promete manter a sangrenta guerra às drogas. *O Globo* 2018; 23 Jul. <https://oglobo.globo.com/mundo/presidente-das-filipinas-promete-manter-sangrenta-guerra-as-drogas-22911897>.
3. Conde CH. Another rights lawyer murdered in the Philippines: killing highlights land conflict in Negros. *Human Rights Watch* 2018; 7 nov. <https://www.hrw.org/news/2018/11/07/another-rights-lawyer-murdered-philippines>.
4. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005; 365:519-30.
5. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373:2223-33.
6. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; (2):1465-858.
7. Ritter APA, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev* 2006; 25:611-24.
8. Fernandes L, Carvalho MC. Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do snowball. *Revista Toxicodependências* 2000; 6:17-28.
9. Telles VS. Questão social: afinal, do que se trata? *São Paulo Perspect* 1996; 10:85-95.
10. Fiore M. Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de "drogas". <https://neip.info/texto/tensoes-entre-o-biologico-e-o-social-nas-controversias-medicas-sobre-uso-de-drogas/> (acessado em 05/Out/2017).
11. Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa; 2002.
12. Filev R. Como você se comporta? Dilemas sobre as dependências de substâncias. In: Bokany V, organizadora. *Drogas no Brasil: entre saúde e justiça: proximidades e opiniões*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Fundação Rosa Luxemburgo; 2015. p. 103-18.
13. United Nation Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2017*. Vienna: United Nation Office on Drugs and Crime; 2017.
14. Kalant H. What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction* 2010; 105:780-9.
15. Heim D. Addiction: not just brain malfunction. *Nature* 2014; 507:40.
16. Minayo MCS, Deslandes SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:35-42.

17. Fiore M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 141-55.
18. Rybka LN, Nascimento JL, Guzzo RSL. The dead and wounded in the “war on drugs”: a criticism of the prohibitionist paradigm. *Estud Psicol (Campinas)* 2018; 35:99-109.
19. Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, organizadores. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008.
20. Carneiro H. *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária; 2019.
21. Taffarello RF. *Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal [Dissertação de Mestrado]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
22. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376:1558-65.
23. van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol* 2015; 29:655-60.
24. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos Cebrap* 2012; 92:9-21.
25. Wood E, Werb D, Marshall BD, Montaner JS, Kerr T. The war on drugs: a devastating public-policy disaster. *Lancet* 2009; 373:989-90.
26. Fazey CSJ. The Commission on Narcotic Drugs and the United Nations International Drug Control Programme: politics, policies and prospect for change. *Int J Drug Policy* 2003; 14:155-69.
27. Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Revista Outubro* 2002; 6:115-28.
28. Nutt D. Illegal drugs laws: clearing a 50-year-old obstacle to research. *PLoS Biol* 2015; 13:e1002047.
29. Faria ECC. *Redução de danos em um contexto de “Guerra às Drogas”: a formação sob a perspectiva de quem atua no SUS [Dissertação de Mestrado]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
30. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 24 ago.
31. Campos MS. *Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo [Tese de Doutorado]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
32. Souza TS. *A economia das drogas em uma abordagem heterodoxa [Dissertação de Mestrado]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
33. United Nation Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2018*. Vienna: United Nation Office on Drugs and Crime; 2018.
34. Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: a systematic review. *Int J Drug Policy* 2011; 22:87-94.
35. Aburto JM, Beltrán-Sánchez H, García-Guerrero VM, Canudas-Romo V. Homicides in Mexico reversed life expectancy gains for men and slowed them for women, 2000-10. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35:88-95.
36. Espinosa V, Rubin DB. Did the military interventions in the Mexican drug war increase violence? *Am Stat* 2015; 69:17-27.
37. Heinle K, Ferreira OR, Shirk DA. *Drug violence in Mexico: data and analysis through 2014*. San Diego: Justice in Mexico Project/ Department of Political Science and International Relations/University of San Diego; 2015.
38. Cano I, Sento-Sé JT, Ribeiro E, Souza FF. *O impacto da violência no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Laboratório de Análise Violência, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
39. Loche A. A letalidade da ação policial: parâmetros para análise. *Revista TOMO* 2010; 17:39-56.
40. Lima RS, Bueno S. *11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2017.
41. Cooper HL. War on drugs policing and police brutality. *Subst Use Misuse* 2015; 50:1188-94.
42. McCall C. Philippines president continues his brutal war on drugs. *Lancet* 2017; 389:21-2.
43. Humans Right Watch. *License to kill: Philippine police killings in Duterte’s “War on Drugs”*. New York: Humans Right Watch; 2017.
44. Simangan D. Is the Philippine “War on Drugs” an act of genocide? *J Genocide Res* 2018; 20:68-89.
45. Daudelin J, Ratton JL. Mercados de drogas, guerra e paz no Recife. *Tempo Social* 2017; 29:115-33.
46. Foucault M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
47. Agambem G. *Estado de exceção: Homo Sacer, II, I*. São Paulo: Boitempo; 2004.
48. Alvarenga R, Silveira JI, Teixeira DSG. Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos. *Argumentum* 2018; 10:123-36.
49. Zaccone O. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan; 2015.
50. Mbembe A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições; 2018.
51. Moore LD, Elkavich A. Who’s using and who’s doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. *Am J Public Health* 2008; 98 Suppl 1:S176-80.

52. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet* 2016; 387:1427-80.
53. Santos T, organizadora. Levantamento nacional de informações penitenciárias. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, Ministério da Justiça e Segurança Pública; 2014.
54. Carlos JO. Política de drogas e encarceramento em São Paulo, Brasil. London: International Drug Policy Consortium; 2015.
55. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006; 101:181-91.
56. World Health Organization. Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014.
57. Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction* 2008; 103:251-5.
58. Voices of Community Activists and Leaders, Community Development Project of the Urban Justice Center. Beyond methadone: improving health and empowering patients in opioid treatment programs Hepatitis C, Overdose Prevention, Syringe Exchange, Buprenorphine & other opportunities to make programs work for patients. New York: Voices of Community Activists and Leaders; 2015.
59. Open Society Foundations. To protect and serve: how police, sex workers, and people who use drugs are joining forces to improve health and human rights. Protect and Serve: how police, sex workers, and people who use drugs are joining forces to improve health and human rights. 2014. <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/protect-serve-20140716.pdf> (acessado em 05/Out/2017).
60. Canazaro D, Argimon III. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:1323-33.
61. Slokar A, Zaffaroni ER, Batista N. Direito penal brasileiro: primeiro volume. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revan; 2003.
62. White T. The drug-free world. *Subst Use Misuse* 2012; 47:1637-9.
63. Buxton J. Drugs and development: the great disconnect. Swansea: Global Drug Policy Observatory; 2015. (Policy Report, 2).
64. Fishstein P. Despair or hope: rural livelihoods and opium poppy dynamics in Afghanistan. Kabul: Afghanistan Research and Evaluation Unit; 2014.
65. United Nations Office on Drugs and Crime. Colombia: coca cultivation survey 2014. Bogotá: United Nations Office on Drugs and Crime/Government of Colombia; 2015.
66. Salisbury DS, Fagan C. Coca and conservation: cultivation, eradication, and trafficking in the Amazon borderlands. *Geography and the Environment Faculty Publications* 2013; 78:41-60.
67. Domínguez-Clavé E, Soler J, Elices M, Pascual JC, Álvarez E, de la Fuente Revenga M, et al. Ayahuasca: pharmacology, neuroscience and therapeutic potential. *Brain Res Bull* 2016; 126(Pt 1):89-101.
68. Osório FL, Sanches RF, Macedo LR, dos Santos RG, Maia-de-Oliveira JP, Wichert-Ana L, et al. Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: a preliminary report. *Braz J Psychiatry* 2015; 37:13-20.
69. Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003; 362:1517-26.
70. Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S, et al. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: a randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 2007; 68:515-21.
71. Passie T, Emrich HM, Karst M, Brandt SD, Halpern JH. Mitigation of post-traumatic stress symptoms by Cannabis resin: a review of the clinical and neurobiological evidence. *Drug Test Anal* 2012; 4:649-59.
72. Escobar JAC. A maconha como estratégia contra a fissura de crack em usuários de um programa de assistência social do estado de Pernambuco. *Plató Drogas e Políticas* 2018; 2:79-109.
73. Stockings E, Zagic D, Campbell G, Weier M, Hall WD, Nielsen S, et al. Evidence for cannabis and cannabinoids for epilepsy: a systematic review of controlled and observational evidence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2018; 89:741-53.
74. Johnson MW, Garcia-Romeu A, Griffiths RR. Long-term follow-up of psilocybin-facilitated smoking cessation. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43:55-60.
75. Ross S, Bossis A, Guss J, Agin-Liebes G, Malone T, Cohen B, et al. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *J Psychopharmacol* 2016; 30:1165-80.
76. Carhart-Harris RL, Bolstridge M, Rucker J, Day CM, Erritzoe D, Kaelen M, et al. Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:619-27.
77. Krebs TS, Johansen PO. Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychopharmacol* 2012; 26:994-1002.
78. Gasser P, Kirchner K, Passie T. LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: a qualitative study of acute and sustained subjective effects. *J Psychopharmacol* 2015; 29:57-68.

79. Paltrow LM. Governmental responses to pregnant women who use alcohol or other drugs. *DePaul Journal of Health Care Law* 2005; 8:461.
80. Frank DA, Augustyn M, Knight WG, Pell T, Zuckerman B. Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure: a systematic review. *JAMA* 2001; 285:1613-25.
81. Jansen M, Meyer DEE, Felix J. Mulheres usam substâncias psicoativas? atravessamentos de gênero na política de redução de danos no Brasil. *Rev Psicol Polít* 2017; 17:90-104.
82. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12:301-6.
83. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
84. Oliveira JA, Teixeira SMF. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 1989.
85. Mendes A, Marques RM. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14:841-50.
86. Paulin LF, Turato ER. The prelude to psychiatric reform in Brazil: the contradictions of the 1970s. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* 2004; 11:241-58.
87. Goulart MSB. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. *Pesqui Prát Psicossociais* 2006; 1:1-19.
88. Tófoli LF. Drugs policies and public health. *Sur – International Journal on Human Rights* 2015; 21:1-5.
89. Machado AR. 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 [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
90. Vieira FS, Benevides RPS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
91. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:569-80.
92. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Carta do I Encontro Nacional da RAPS, 2014. <http://www.crprs.org.br/comunicacao/noticias/confira-a-carta-do-i-encontro-nacional-da-raps-2300> (acessado em 01/Mar/2019).
93. Wacquant L. Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Edição Revan; 2003.

## Abstract

*The current status of policies on illicit drugs has implications for Collective Health that need to be discussed in depth. This essay aims to explore, in light of the best evidence, the public health impact of drug policies focused on the criminalization of growing, selling, and consuming psychoactive substances. Brazil provides the context for the main analysis. The principal points addressed in this work include drugs as a social issue and the definition of the prohibitionist paradigm, evidence of the unhealthy relationship between this paradigm and the population's health, the issue of a model of care for users of psychoactive substances focused on therapeutic communities, and future paths to be explored to overcome the prohibition of illicit drugs as the principal approach to the issue. Among the main problematic elements in the repressive approach in the Brazilian context, the study highlights violence and homicides, the health impacts of incarceration and blocked access to the health system, and potential new therapies derived from currently banned psychoactive substances. As proposals for future policy changes, the study highlights decriminalization of the use, possession, and small-scale sale of drugs; the reduction of the violence and discrimination associated with policing; focus on harm reduction policies; approach to gender-related specificities; and inclusion of social variables as metrics for successful treatment of problematic drug use. In conclusion, it is relevant that the social issue and drug policy have become the object of more studies in the field of Collective Health.*

*Drug Legislation; Drug and Narcotic Control; Law Enforcement; Substance-Related Disorders*

## Resumen

*La hegemonía actual de las políticas de drogas ilícitas tiene implicaciones para la Salud Colectiva que necesitan discutirse profundamente. Este trabajo estudia, a la luz de las mejores evidencias, el impacto de las políticas sobre las drogas, enfocadas en la criminalización del cultivo, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, para la salud de la población. El contexto de análisis principal será el brasileño. Los puntos principales abordados por este trabajo incluyen: cuestión social de las drogas y la definición del paradigma prohibicionista; evidencias de la relación insana entre este paradigma y la salud de las poblaciones; así como la problemática de un modelo de asistencia a los consumidores de sustancias psicoactivas centrado en comunidades terapéuticas, y los futuros caminos que se exploran para que se supere la prohibición de las drogas ilícitas como la vía principal de abordaje de esta cuestión. Entre los elementos primordiales y problemáticos del enfoque represivo en el contexto brasileño se pueden destacar: violencia y mortalidad por homicidios; impactos sanitarios con conlleva el encarcelamiento y el bloqueo del acceso al sistema de salud; así como las nuevas terapias, derivadas de sustancias psicoactivas, actualmente proscritas. A modo de propuestas para posibles cambios políticos futuros, se resalta la descriminalización del consumo, posesión y venta de pequeñas cantidades de droga; la reducción de la violencia y discriminación, asociadas a la vigilancia policial; situar el centro de la cuestión en políticas de reducción de perjuicios para la salud; plantear las especificidades relacionadas con el género; así como incluir variables sociales como medir el éxito de los tratamientos relacionados con el consumo problemático de drogas. A modo de conclusión, es relevante que la cuestión social y política de las drogas se convierta en objeto de más estudios en el campo de la Salud Colectiva.*

*Legislación de Medicamentos; Control de Medicamentos y Narcóticos; Aplicación de la Ley; Trastornos Relacionados con Sustancias*

Recebido em 17/Dez/2018

Versão final reapresentada em 13/Mar/2019

Aprovado em 15/Abr/2019