

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**A ECONOMIA DAS DROGAS ILEGAIS:
CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA PROIBIÇÃO
VERSUS DESCRIMINALIZAÇÃO – O CASO DE
PORTUGAL**

BRUNO DO CARMO BASTOS
Matrícula nº: 107351924

Orientador: Prof. João Bosco Mesquita Machado

ABRIL 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

**A ECONOMIA DAS DROGAS ILEGAIS:
CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA PROIBIÇÃO
VERSUS DESCRIMINALIZAÇÃO – O CASO DE
PORTUGAL**

BRUNO DO CARMO BASTOS

Matrícula nº: 107351924

Orientador: Prof. João Bosco Mesquita Machado

ABRIL 2018

“Eu sou um economista, mas o problema econômico é terciário. O problema das drogas é um problema moral. É o problema de danos que o governo provoca. Estimei estatisticamente que a proibição das drogas produz, em média, 10.000 homicídios por ano. O governo ser conivente com a morte de 10.000 pessoas é um problema moral. Que o governo transforme indivíduos que fazem algo que você e eu não aprovamos, mas que não prejudica mais ninguém, em criminosos, é um problema moral. A maior parte das detenções por drogas são entre consumidores ocasionais que são acusados de posse. Suponhamos que aqui, agora, alguém queira fumar um cigarro de maconha. Se for apanhado vai para a prisão. Considera isso moral? Eu penso que é completamente repugnante que o governo possa ter uma atitude que converte em criminosas pessoas que não prejudicam às outras, numa atitude que destrói as suas vidas, colocando-as na prisão. Isso é que é um problema.”

Milton Friedman

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do(a) autor(a)

RESUMO

O presente trabalho se propõe a entender pelo viés econômico e, conseqüentemente, social e político o mercado de drogas consideradas ilegais a luz de autores como Pierre Kopp (2004), Gary Becker, Kevin Murphy, Michael Grossman (2006), entre outros. A revisão bibliográfica terá como objetivo: expor visões a respeito da economia da proibição, o mercado de bens ilegais (especificamente de drogas), a proibição versus a descriminalização em termos tanto econômicos como sociais e políticos e analisar a demanda e a oferta e a elasticidade da demanda. Para entender um processo de descriminalização específico será elucidado o caso de Portugal, que começou o seu processo de descriminalização do uso de drogas em 2001. A intenção de abordar o caso português é proporcionar o entendimento de que as drogas devem ser tratadas não somente pelo viés da criminalidade e da saúde pública, mas também como uma questão econômica que deve ser considerada pela política pública dos países. Como conclusão tem-se que a descriminalização pode ser um importante caminho a ser seguido para a redução da violência, tratamento de dependentes e desafogo do sistema carcerário. Do ponto de vista econômico fica evidenciado que os gastos no sistema judiciário são menores em casos de descriminalização e que há uma diminuição da demanda por drogas, uma vez que o apoio do governo, com políticas de redução de danos e oferta de tratamento, acaba encorajando o abandono das drogas.

Palavras-chave: Drogas. Economia. Descriminalização. Portugal

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS, SIGLAS E CONVENÇÕES

AIDS	<i>Acquired Imune Deficiency Syndrome</i>
ATS	Anphetamine-type Stimulants
CDT	Comitê para Dissuasão da Toxicodependencia
CEJ	Centro de Estudos da Juventude
CEPD	Centro de Estudos da Profilaxia da Droga
CIJD	Centro de Investigação Judiciária da Droga
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
Europol	Serviço Europeu de Polícia
GCDP	<i>Global Commission on Drug Policy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IPDT	Instituto Português da Droga e Toxico dependência
IDT	Instituto da Droga e Toxico dependência
LSD	<i>Lysergic Acid Diethylamine</i>
MDMA	Metilenodioximetanfetamina
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxico dependência
QSI	Qualquer Substância Injetável
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UE	União Europeia
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Número de usuários por tipo de droga em 2015.....	14
Figura 2 - Número de usuários de drogas	20
Figura 3 - Número de países cultivando	21
Figura 4 - Distribuição do total de casos de apreensão em 2015 (2,4 milhões de casos)	22
Figura 5 - O controle das drogas e os efeitos sociais e na saúde	30
Figura 6 - Linha do tempo com os principais marcos legislativos	36
Figura 7 - Nota de jornal sobre o Festival de Vilar dos Mouros	38
Figura 8 - Cartaz da campanha “Droga, Loucura, Morte”	39
Figura 9 - Estimativa do número de consumidores problemáticos de droga por 1000 habitantes em alguns Estados-Membros da UE e na Noruega – 1996 – 1998	48
Figura 10 - Incidência de casos de AIDS relacionados com a droga 1985 - 1999.....	52
Figura 11 - Incidência de casos de AIDS relacionados com a droga 2007 – 2014	53
Figura 12 - Prevalência da hepatite C entre os consumidores de droga injetada (1994 – 1999)	55
Figura 13 - Número de mortes induzidas pelo uso de drogas (15-64 anos) por milhão de habitantes.....	56
Tabela 1 - Valor anual do mercado global de drogas	15
Tabela 2 - Valor de Varejo do Crime Transnacional.....	16
Tabela 3 - As principais políticas públicas repressivas voltadas para a redução da demanda	26
Tabela 4 - Os limites quantitativos máximos para cada dose individual diária	45
Tabela 5 - Prevalência do consumo de substâncias ilícitas por grupos de idade em Portugal comparativamente a alguns países europeus em 2001 (%).....	49
Tabela 6 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas em Portugal em 2001, 2007, 2012 e 2016/17 (%).....	50
Tabela 7 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas em Portugal 2016/17	51
Tabela 8 - Apresentação temporal dos casos de infecção por HIV em categorias de transmissão. Portugal (2000-2014).....	54

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	10
2 A ECONOMIA DAS DROGAS E SEUS DESDOBRAMENTOS	12
2.1 DROGAS: ANÁLISE DA OFERTA E DA DEMANDA	17
2.1.1 A ELASTICIDADE DA DEMANDA	23
2.2 PROIBIÇÃO X DESCRIMINALIZAÇÃO: A GUERRA ÀS DROGAS	27
3 A DESCRIMINALIZAÇÃO DAS DROGAS: O CASO DE PORTUGAL	34
3.1 HISTÓRICO DA DESCRIMINALIZAÇÃO EM PORTUGAL	34
3.2 CONSUMO E VENDAS DE DROGAS ANTES E DEPOIS DA DESCRIMINALIZAÇÃO	46
3.3 IMPACTOS ECONOMICOS E SOCIAIS DA DESCRIMINALIZAÇÃO EM PORTUGAL	52
4 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

1 INTRODUÇÃO

Os estudos a respeito das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, permeiam os campos do saber, das ciências sociais e econômicas às biológicas. Segundo Terron (2005, p.8) “as leituras científicas nos dão o laudo prático, a expressão mais exata da cultura das drogas”, visão esta necessária e complementada por relatórios policiais, estudos psicológicos e neurológicos que permitem a compreensão das complexas funções do cérebro. O referido autor afirma que a droga é (sempre foi) uma matéria multidisciplinar.

Tendo em vista esta multiplicidade de abordagens de temas que envolvem as drogas, o presente trabalho se propõe a entender, pelo viés econômico e, conseqüentemente, social e político, o mercado de drogas consideradas ilegais a luz de autores como Pierre Kopp (2004), Gary Becker, Kevin Murphy, Michael Grossman (2006), entre outros. A revisão bibliográfica terá como objetivo expor visões a respeito da economia da proibição, o mercado de bens ilegais (especificamente de drogas), a proibição *versus* a descriminalização, em termos tanto econômicos como sociais e políticos e análise a demanda e oferta, e suas elasticidades.

É conveniente definir o conceito de droga, de forma que se entenda o objeto de estudo do presente trabalho. Segundo Chitolina (2009), drogas são todas as substâncias naturais ou sintéticas que, ao penetrarem no organismo sob qualquer forma – ingerida, injetada, inalada ou absorvida –, entram na corrente sanguínea, e ao atingir o cérebro, alteram o estado de consciência do indivíduo, afetando o seu equilíbrio. Elas podem ser categorizadas em drogas estimulantes, como a cocaína, a anfetamina e cafeína; em depressoras, caso da heroína, morfina e do álcool, por exemplo; e por fim, perturbadoras, como o LSD, a maconha, cogumelos alucinógenos e outros. Independentemente da categoria e do seu caráter psicotrópico, as drogas sempre foram tratadas como mercadorias, que como tal, possuem oferta e demanda, comércio e formação de preços, mesmo que esta dinâmica se dê de forma ilegal e atípica na maioria dos casos (Chitolina, 2009).

Há, portanto, um fluxo de mercado das drogas, que segundo Kopp (2004, p. 6), funciona da seguinte forma:

Os fornecedores constituem os principais atores nos mercados de drogas. Produtores, importadores, atacadistas e varejistas formam uma cadeia de distribuição. O comportamento de cada um desses atores afeta não apenas o preço da droga, mas também a alocação do valor criado pelos diferentes protagonistas.

A questão, no caso das drogas, é que este mercado é caracterizado pela atuação majoritariamente de organizações criminosas, que por meio da sua abrangência de distribuição determinará sua influência, que comumente é marcada por tráfico, corrupção, lavagem de dinheiro, violência, e envolve altas quantias monetárias. Além disso, as drogas vendidas no mercado negro apresentam riscos inerentes, uma vez que as pessoas que as consomem não sabem jamais exatamente o que estão comprando, quer seja em relação à composição ou à concentração. Certas drogas são misturadas às outras ou a produtos químicos que podem ser extremamente danoso à saúde.

Tendo em vista o problema social da criminalização das drogas, alguns governos enxergam na legalização uma forma de arrecadação de impostos, bem como o de assegurar o controle de qualidade e uso das drogas na comunidade. Por este motivo é importante levantar questões sobre os prós e contras da legalização e/ou descriminalização, principalmente no que concerne à economia e ao bem-estar social de uma localidade. Este é o problema de pesquisa que o presente trabalho visa a entender: como a legalização ou a proibição das drogas podem afetar economicamente a sociedade. O objetivo geral é explicitar alguns conceitos da economia das drogas e mostrar quais desdobramentos o consumo e a comercialização têm nos mercados sejam estes legais ou ilegais. Para embasar a teoria será analisado especificamente o caso de Portugal e o processo de descriminalização que o país vem passando desde 2001.

O primeiro capítulo tratará da economia das drogas e alguns de seus desdobramentos, como o fluxo das drogas, a análise da oferta e da demanda e a elasticidade da demanda. A seguir serão expostas considerações a respeito da proibição *versus* legalização e a guerra às drogas. O segundo capítulo tratará da descriminalização das drogas em Portugal, pela evolução do processo histórico do país, as características do consumo e da venda de drogas após a descriminalização e seus impactos econômicos e sociais.

O presente trabalho contribui para o entendimento de que as drogas devem ser tratadas não somente pelo viés da criminalidade e da saúde pública, mas também como uma questão sócio - econômica que deve ser considerada pelas políticas públicas dos países.

2 A ECONOMIA DAS DROGAS E SEUS DESDOBRAMENTOS

O uso e interesse pelas drogas caminham juntamente com a história da humanidade, uma vez que desde o período antes de Cristo (a.C.) há relatos de experiências com substâncias psicotrópicas. Pelo seu longo histórico de consumo e disseminação na sociedade é inevitável que haja distintas abordagens históricas e culturais a respeito das drogas, tendo em vista os múltiplos modos pelos quais essa existência e esses usos são concebidos e vivenciados em diferentes partes do mundo. Os motivos pelos quais os seres humanos buscam as drogas são os mais diversos e, na definição de Simões (2008, p.13) a seguir, fica clara a multiplicidade de questões que envolvem o uso de substâncias psicoativas:

“Drogas” não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra.

Ainda na abordagem sobre os motivos ao consumo de drogas, a pesquisadora canadense Line Beauchesne enumera alguns dos fatores que induzem as pessoas ao consumo de drogas, e, segundo a autora, este não se concretiza apenas pela alta oferta ou desinformação dos riscos e danos envolvidos por parte dos usuários ou, sequer, pelo fato das sanções punitivas não serem consideradas como empecilhos.

“as motivações ao consumo não se resumem ao desprezo das interdições jurídicas, à disponibilidade dos produtos e à falta de informações sobre seu potencial nocivo. A decisão de consumir uma droga ilícita repousa sobre critérios diversos, como a busca do prazer e da euforia, a redução de um incômodo, a curiosidade, o conformismo entre os adolescentes, a busca da calma e da descontração, a busca de adaptação às exigências do trabalho, o desejo de esquecer conflitos, a fuga dos problemas, etc. Assim, o medo das leis não influencia muito as decisões de diminuir ou abandonar o uso de drogas ilícitas” (Beauchesne, 2015, p.36).

Independentemente do propósito e motivação de cada indivíduo para o uso das drogas, estas são objeto de estudos, campo de atenção e de debate e, principalmente,

preocupação de Estado desde o século XX. E desta forma, “sua produção, distribuição e consumo conformam-se, contemporaneamente, como uma questão das “drogas”, assumindo definitivamente o estatuto de um problema social” (Lenoir, 1998 *apud* Fiore, 2008, p. 144).

Fiore (2008, p.144) explica que “de maneira sintética, pode-se dizer que a instituição das “drogas” enquanto questão social foi balizada por três formações discursivas fundamentais: medicalização, criminalização e moralização”. A primeira se trata da forma mais “aceita” das drogas, pois reflete seu uso permitido ou com o propósito de “curar” seja por propriedades farmacológicas ou antidepressoras socialmente aceitas, como o uso do álcool e do tabaco. A criminalização se relaciona diretamente com o chamado “problema das drogas”, pois considera como problemático o uso de um conjunto de drogas e ou substâncias específicas e o torna objeto de controle dos Estados e da polícia. Esta discursiva caminha juntamente com a questão da moralização do uso de drogas, uma vez que as mesmas são consideradas como ameaças ao bem estar da sociedade e corruptivas das morais e bons costumes.

Independentemente do discurso referente à instituição das drogas há de se convir que as mesmas são também mercadorias e estão sujeitas a leis de oferta e procura, precificação e disputa de mercados, especialmente quando inseridas em um contexto de ilegalidade. Conforme Rodrigues (2008) expõe:

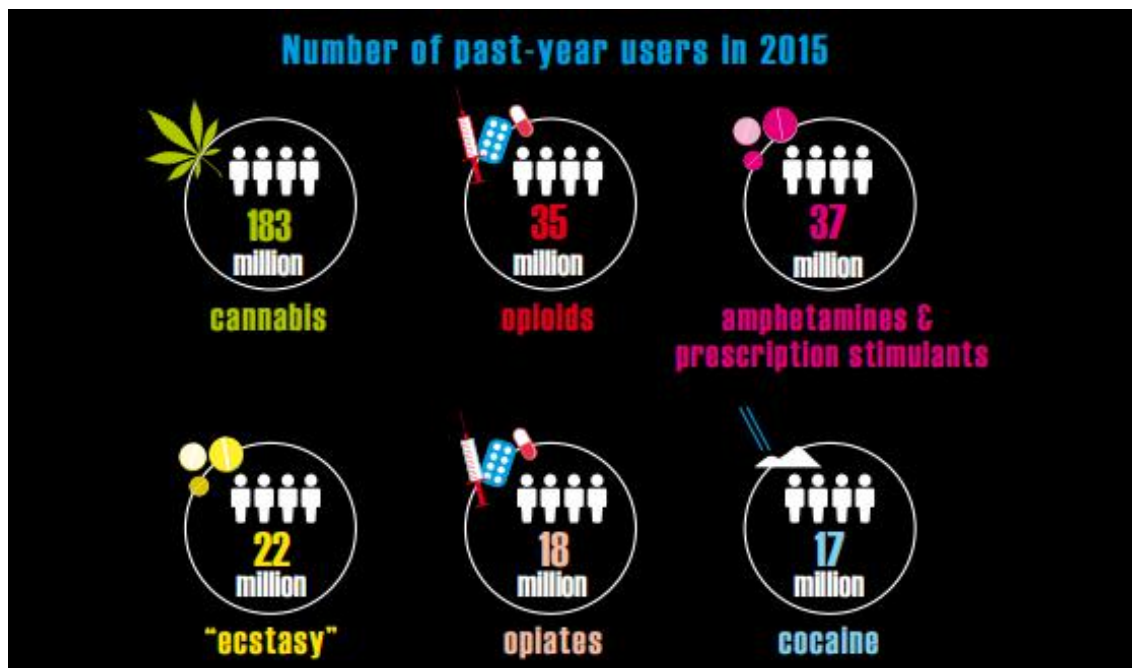
“[...] há cerca de um século havia um vazio jurídico que deixava ainda intocado, do ponto de vista da regulamentação legal, um mercado de drogas psicoativas bastante vigoroso e mobilizador de importantes interesses econômicos”.

Isto é, as somas movimentadas pelo mercado de drogas são alvos de interesse dos mais diversos grupos da sociedade. No caso da ilegalidade, o mercado de drogas dominado pelo narcotráfico dá aos principais traficantes um poder de monopólio que garante o controle de preços e os dá de certa forma, um papel regulador, já que o monopólio racionaliza o suprimento. Os pequenos revendedores são frequentemente apresentados como representantes de uma classe de novos empresários em plena fase de enriquecimento. (KOPP, 2004) Por outro lado, ao se considerar um mercado onde as drogas são legalizadas, a política de tributação pode trazer a governos uma importante fonte de renda, a despeito da política de repressão que traz gastos na área de segurança e possui um custo social elevado.

Para se entender o tamanho deste mercado o UNODC (United Nations Office on

Drugs and Crime) estimou no seu “*World Drug Report*” de 2017 que cerca de 250 milhões de pessoas usavam drogas no mundo em 2015. O relatório ainda explicita que em 2014, os grupos transnacionais de crime organizado em todo o mundo estimaram ter gerado entre um quinto e um terço de suas receitas com vendas de drogas. A figura abaixo mostra um resumo do número de usuários por tipo de droga no mundo:

Figura 1 - Número de usuários por tipo de droga em 2015



Fonte: UNODC_World Drug Report: 2017

Em termos de valores, o relatório do Global Financial Integrity (2017) estimou que cada uma das substâncias teria um valor anual de mercado. Pode-se perceber que a cannabis continua em primeiro lugar em termos de valor, corroborando o fato de ser a droga com maior número de usuários no mundo.

Tabela 1 - Valor anual do mercado global de drogas

Mercado	Valor
Cannabis	\$ 183 bilhões a \$ 287 bilhões
Cocaína	\$ 94 bilhões a \$ 143 bilhões
Opiáceos	\$ 75 bilhões a \$ 132 bilhões
ATS *	\$ 74 bilhões a \$ 90 bilhões
Total Global	\$ 426 bilhões a \$ 652 bilhões

*Do inglês “Amphetamine-type Stimulants” – Estimulantes derivados da Anfetamina
Fonte: Global Financial Integrity, 2017.

O relatório também especificou o valor anual de cada crime transnacional, de tráfico de drogas a pirataria e outros crimes comuns no mercado negro. Pode-se perceber na Tabela 2 que este relatório estima um valor ainda maior para o tráfico de drogas se comparado às estimativas do UNODC, que avaliou a produção de drogas em US\$ 13 bilhões, a indústria de atacado valia US\$ 94 bilhões e o varejo, ou seja, a venda de drogas para o consumidor foi estimada em US\$ 332 bilhões. O valor do atacado para o mercado de drogas é maior do que o equivalente global para cereais, vinho, cerveja, café e tabaco combinados (GCDP - Global Commission on Drug Policy, 2014).

Tabela 2 - Valor de Varejo do Crime Transnacional

Crime Transnacional	Valor estimado Anual (US\$)
Trafico de Drogas	\$ 426 bilhões a \$ 652 bilhões
Tráfico de Armas de Pequeno Porte	\$1,7 bilhões a \$ 3,5 bilhões
Tráfico Humano	\$150,2 bilhões
Tráfico de Órgãos	\$ 840 milhões a \$1,7 bilhões
Tráfico de Propriedade Cultural	\$ 1,2 bilhões a \$ 1,6 bilhões
Falsificação / Pirataria	\$ 923 bilhões a \$1,13 trilhões
Comercio Ilegal de Vida Silvestre	\$ 5 bilhões a \$ 23 bilhões
Pesca Ilegal	\$ 15,5 bilhões a \$ 36, 4 bilhões.
Registro Ilegal	\$ 52 bilhões a \$157 bilhões
Mineração Ilegal	\$ 12 bilhões a \$ 48 bilhões
Roubo de Petróleo Bruto	\$ 5,2 bilhões a \$11,9 bilhões
Total	\$ 1,6 trilhões a \$ 2,2 trilhões

Fonte: Global Financial Integrity, 2017.

O tráfico de drogas é o segundo mercado ilícito mais lucrativo medido nesse relatório, representando mais de um terço do valor total dos crimes transnacionais apresentados. No entanto, qualquer discussão sobre o valor de mercado global do tráfico de drogas, assim como qualquer outro mercado ilícito, deve começar enfatizando a dificuldade em determinar o valor do mercado. A principal dificuldade surge do fato de que operações e transações são encobertas. Como resultado, a maioria dos dados disponíveis vem de apreensões, que normalmente representam apenas uma pequena porcentagem do tráfico real de drogas. Além disso, não há um acordo universal sobre a definição de tráfico de drogas; assim, os países podem medir a atividade de maneira diferente, tornando os dados disponíveis de difícil comparação entre países e regiões.

Tendo em vista o tamanho e as ramificações desse mercado o presente capítulo apresentará alguns conceitos atrelados à venda, oferta e demanda de drogas no mundo. Desde o fluxo das drogas e a forma como as mesmas são comercializadas, principalmente no meio ilegal, até conceitos de elasticidade da demanda e venda de drogas dentro do contexto proibicionista e, também, regulamentado.

2.1 DROGAS: ANÁLISE DA OFERTA E DA DEMANDA

Analisar qualquer fato, acontecimento ou mesmo o impacto sobre a sociedade por algum tipo de política econômica requer a observação sobre a oferta e demanda. Oferta e demanda são forças que fazem com que a economia de mercado se movimente, são as referências necessárias para que se determinem o preço e a quantidade vendida dos produtos. Assim, os preços alocam os recursos determinando a rentabilidade da atividade econômica (MANKIW, 2009).

Segundo a teoria da oferta e demanda, a formação do comércio se efetiva baseada no comportamento de compradores e vendedores, na construção dos preços das mercadorias e na utilização dos recursos. E, todo o conjunto desta dinâmica estabelece o mercado. “Um mercado é um grupo de compradores e vendedores de um determinado bem ou serviço. Os compradores, como grupo, determinam a demanda pelo produto e os vendedores, também como grupo, determinam a oferta do produto”. (MANKIW 2009, p. 64). Segundo Rossetti, “A procura de determinado produto é determinada pelas várias quantidades que os consumidores estão dispostos e aptos a adquirir, em função de vários níveis possíveis de preços, em dado período de tempo.” (ROSSETTI, 2002, p. 410).

Quando os agentes econômicos estão alocados dentro do mercado, os produtores têm como objetivo maximizar seus lucros vendendo seu produto ao maior preço e com o menor custo de produção. Porém, seus anseios não se materializam em sua totalidade devido às externalidades que atuam como freios, dentre eles temos alta dos preços, e a possibilidade de substituição de produtos (ROSSETTI 2002).

A curva da demanda é uma linha que relaciona inversamente o preço e a quantidade da demanda,. Conhecida como lei da demanda, quando o preço de um produto aumenta a quantidade de demanda diminui, quando o preço diminui a quantidade de demanda aumenta. Somadas as curvas das demandas individuais teremos a curva da demanda do mercado que mostra a quantidade demandada de um produto frente ao mercado existente conforme a variação do preço. (MANKIW 2009, p. 65-67).

Assim como qualquer outro mercado, o consumo e venda de drogas está sujeito a leis de oferta e demanda. O fato de haver uma troca voluntária entre compradores e vendedores configura-se em uma circunstância em que as pessoas, munidas de seu livre arbítrio, estão dispostas a pagar por certo produto ou serviço. De toda forma, o mercado de drogas, na maior parte dos casos, é ilegal e sujeita seus compradores e vendedores a situações de violência,

apreensões e incertezas a respeito da procedência, qualidade ou preço do produto.

Tendo em vista que análises econômicas são baseadas em hipóteses sobre o comportamento de consumo dos diversos atores no mercado (Kopp, 2004), há na literatura muitos autores que abordam o tema a partir de análises que envolvem a racionalidade do hábito de compra de usuários de drogas. Carneiro (2008) explica que há um paradigma moral contemporâneo que opõe vício e liberdade, ou seja, qualquer comportamento causador de dependência seria um tipo “irracional” de consumo, algo que se opõe ao princípio de que indivíduos são livres para suas escolhas e, conseqüentemente, suas decisões racionais. Este pensamento coloca os usuários de drogas como agentes econômicos não responsáveis por suas escolhas, com um comportamento econômico anormal por conta de sua afinidade com as drogas (KOPP, 2004).

Por outro lado, autores como Becker e Murphy (1988) afirmam que a inclinação para o uso de drogas é certamente considerada como racional, tornado o seu consumo igualmente consciente. (Becker and Murphy, 1988 apud Kopp, 2004). Esta perspectiva considera que o consumidor de drogas está permanentemente otimizando o seu comportamento, na medida em que deve sempre estar atento aos sinais dos intermediários do mercado, como preços, a intensidade de repressão (quando as drogas são banidas) ou disponibilidade de tratamentos e programas de saúde (Kopp, 2004).

A dificuldade em posicionar este consumidor no mercado é grande, pois há este paradoxo entre o que seria um consumo normal ou patológico de drogas, conforme afirma Kopp (2004):

Como podemos levar em consideração a divisão entre o "normal" e o "patológico" no consumo de drogas? A dificuldade reside no seguinte paradoxo: por um lado, queremos analisar o consumo de drogas com a ajuda de ferramentas microeconômicas tradicionais porque rejeitamos a tese do consumidor irracional de drogas; por outro lado, esse consumo segue seus próprios métodos peculiares que não podem ser evitados. (KOPP, 2004, p. 45)

Para que se possa elucidar as relações econômicas e o mercado e consumo de drogas, é mais conveniente que se trate o consumidor como um indivíduo que possui uma dependência racional, na qual ele é capaz de discernir sobre a escolha de usar drogas e os efeitos que mesma tem sobre seu corpo. A liberdade de escolha e consumo é um dos preceitos do livre mercado e das teorias econômicas.

Desta forma, o consumo e venda das drogas pode ser visto por meio de um fluxo, cuja existência de vendedores, compradores, oferta e demanda movimentam um mercado bilionário, na maioria das vezes marcado pela ilegalidade, algo que torna a coleta de dados mais difícil. Porém, é importante observar que a cadeia produtiva das drogas não deixará de existir por pertencer ao mercado clandestino e ser caracterizada pela ilegalidade, mas esta afeta a operação deste mercado. Conforme Miron (2001) evidencia, a proibição afeta particularmente a demanda e o fornecimento por meio de diversos mecanismos.

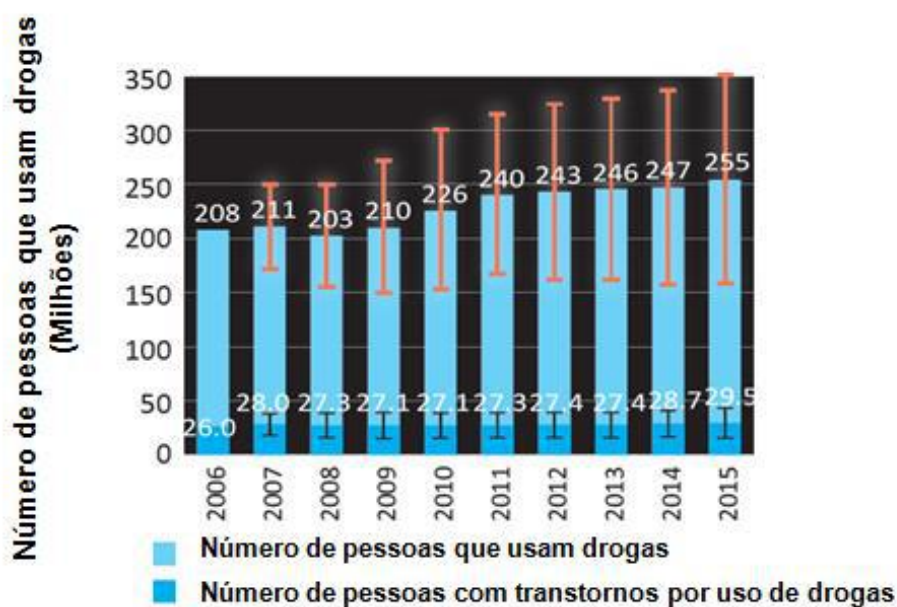
Ao se pensar na demanda, diversos são os mecanismos que afetam o poder e a decisão de compra no mercado ilegal. Primeiramente, se o consumidor demonstrar respeito pelas leis vigentes, a existência da proibição pode coibir a demanda por drogas por parte de alguns indivíduos. Porém, Miron (2001, p.838) argumenta que “este mecanismo não parece ser quantitativamente importante, pois evidências abundantes sugerem que muitas pessoas ignoram leis que são fracamente aplicadas”. Há ainda o efeito do “fruto proibido” que o consumo de drogas pode incitar em certos compradores, uma vez que o sentimento de transgressão poderia encorajar certos grupos a consumir as drogas. Este argumento é mais utilizado quando se pensa no consumidor adolescente, por exemplo, mas ainda não há evidências concretas de que este mecanismo de fato afeta a demanda. Por último, a possibilidade de punição pela compra ou posse de drogas pode reduzir a demanda pela mesma. Contudo, Miron (2001) explica que a quantidade de penas que a proibição de drogas impõe para compra e posse é, sem dúvida, negligente. O autor explica que se forem calculados a quantidade de apreensões e prisões dividida pelo número de usuários e compras de drogas no mundo, as probabilidades de ser preso pela mera posse ou compra são muito baixas. Visto que, “mais de 1 milhão de prisões são calculadas por ano por posse de drogas, existem mais de 20 milhões de usuários, e a maioria destes compraram drogas em muitas ocasiões” (Miron, 2001, p. 838).

Do ponto de vista do fornecedor, deve-se levar em consideração que os custos de manufatura, transporte e distribuição aumentam consideravelmente no caso de mercados ilegais passíveis de punição para o comércio de drogas. Porém, há de se contemplar também um efeito indireto da proibição nos custos para fornecedores, uma vez que por operarem em “segredo” nos mercados negros, enfrentam um baixo custo marginal, pois não estão sujeitos às políticas regulatórias e nem pagam taxas elevadas como um produtor legal. Os riscos que estes produtores correm ao produzir, transportar e comercializar as drogas é o que torna o custo alto para os fornecedores dentro do mercado ilegal, ou seja, o incremento de preço está

diretamente relacionado ao grau de periculosidade ao qual o traficante está sujeito. A questão da sensibilidade dos consumidores de drogas ao aumento de preço é estudada por economistas por meio da elasticidade da demanda, que será abordada posteriormente no presente trabalho.

Conforme evidenciado anteriormente, os maiores traficantes de drogas são investidos do poder do monopólio e por conta disso exercem um papel regulatório no que diz respeito ao preço das drogas no mercado. O poder que este monopólio dá aos traficantes internacionais de drogas gera uma série de situações que podem incitar a violência e a corrupção do sistema vigente. Independentemente da situação de ilegalidade, dados comprovam que mesmo dentro do mercado clandestino a produção de drogas no mundo segue com grandiosos números. Se forem avaliados os números apresentados pelo UNODC (2017) pode-se perceber que o número de usuários de drogas no mundo vem inclusive aumentando, conforme pode ser visto na figura 2:

Figura 2 - Número de usuários de drogas¹



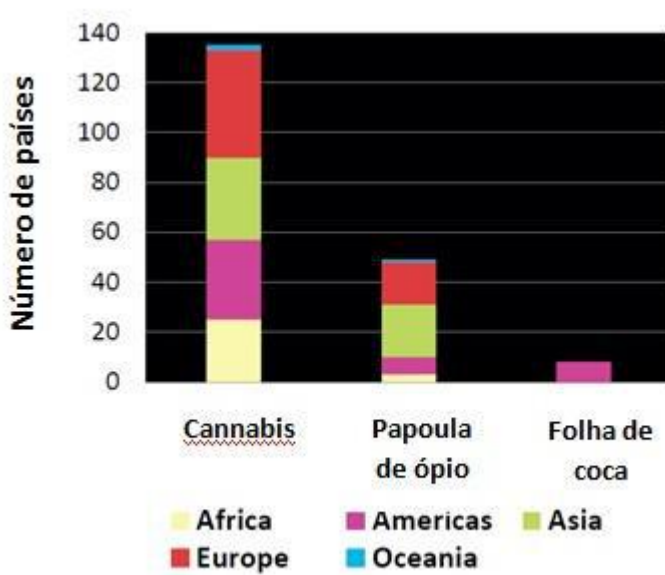
Fonte: UNODC_World Drug Report: 2017, baseado em respostas ao questionário do relatório anual

Ao se analisar a produção de drogas no mundo, há países cultivando cannabis, folhas de coca e papoula de ópio em diferentes continentes, mas somente as plantações de

¹ Estimativa baseada em adultos (idades entre 15 – 64) que usavam drogas no ano de 2015

cannabis estão presentes em todos os continentes, conforme pode ser visto na figura 3. O relatório do UNODC (2017) reportou o cultivo de cannabis, entre 2010-2015, em 135 países de todas as regiões, o que cobre 92% do total do globo. Foram indicados 49 países, especialmente na Ásia, aonde há o cultivo de ópio, e 8 países que cultivam folhas de coca, em sua maioria nas Américas.

Figura 3 - Número de países cultivando



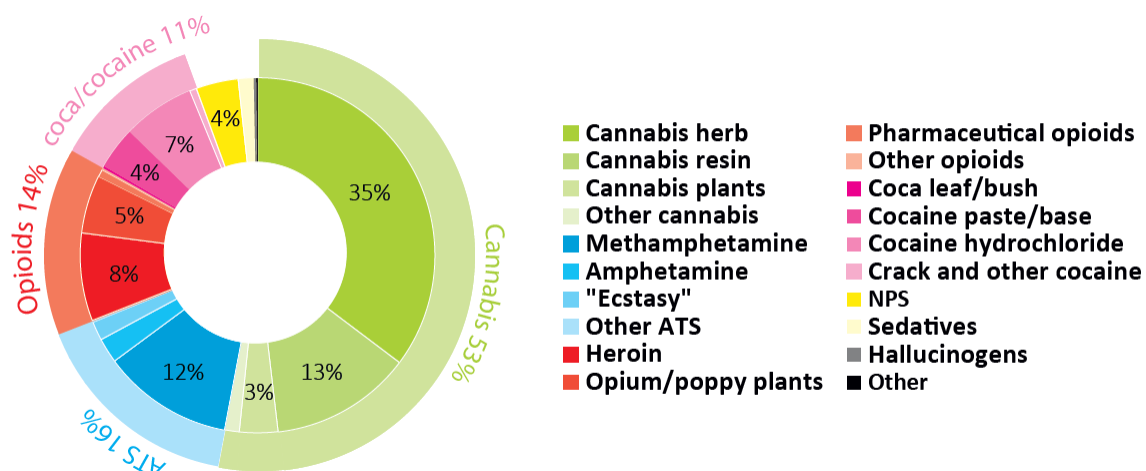
Fonte: Adaptado de UNODC World Drug Report: 2017, p.39

Contudo, é alarmante o crescimento da produção de ópio no mundo. O relatório mostrou que em 2016 houve um aumento de 30% na produção em comparação com o ano anterior. “De um total de 305.000 hectares de cultivo, a área global total de cultivo de papoula de ópio em 2016 foi aproximadamente duas vezes o tamanho da área total sob cultivo de coca” (UNODC, 2017, p.39).

Além do cultivo, as apreensões representam importantes dados para a análise de riscos e custos das drogas no mundo, conforme pode ser visto na figura 4. A apreensão de cannabis representa o maior número entre outras drogas, algo que leva a crer que por ter maior produção está mais sujeita a possibilidade de confisco. É interessante observar que o crescimento e surgimento de novas drogas sintéticas também provoca um aumento no seu

número de apreensões. As chamadas ATS (Amphetamine-type Stimulants²), que incluem substâncias como metanfetamina, metacatinonas, anfetamina e análogos ao ecstasy (como o MDMA³), e as NSP (Novas Substâncias Psicoativas), que inclui os canabinóides sintéticos e a cetamina⁴, apresentam aumento de oferta e fornecimento devido a um acesso melhor às alternativas de produtos químicos precursores e/ou pré-precursoros que atuam como solventes ou insumos necessários para sua fabricação. As NSP são substâncias desenvolvidas a partir de alterações na estrutura molecular de substâncias previamente conhecidas e já proibidas, com o objetivo de burlar a lei, de modo que a sua comercialização possa ocorrer sem prescrições ou barreiras legais. À luz da lei, tais substâncias ainda não são proibidas, porém, sob o ponto de vista toxicológico, apresentam propriedades nocivas cujo impacto do consumo vem sendo estudado em vários países. O consenso é que estamos diante de substâncias neurotóxicas, com alto poder de dependência e capazes de causar importantes danos à saúde física e psicossocial dos seus usuários.

Figura 4 - Distribuição do total de casos de apreensão em 2015 (2,4 milhões de casos)



Fonte: UNODC_World Drug Report: 2017, p.41

Tendo em vista os riscos de apreensões aos quais os traficantes estão sujeitos, é possível observar um novo fenômeno ocorrendo no mercado clandestino no que diz respeito à forma como as transações estão acontecendo. As comunicações móveis estão oferecendo

² Tradução do autor: Estimulantes Derivados da Anfetamina

³ MDMA - metilenodioximetanfetamina

⁴ Do inglês Ketamine: um composto sintético usado como anestésico e analgésico para animais, exemplo: cavalo, e também (ilicitamente) como alucinógeno.

novas oportunidades para os traficantes, principalmente com o surgimento da *darknet*⁵, que permite aos usuários comprarem anonimamente drogas com criptomoeda⁶, como *bitcoin*, por exemplo. O tráfico de drogas na *darknet* apesar de ainda ser pequeno, cresce rapidamente, e os compradores típicos são usuários recreativos de cannabis, "ecstasy", cocaína e alucinógenos.

Ou seja, a tecnologia está agindo a favor das comunicações no mercado ilegal da droga e sua proteção, mas mesmo que usuários e traficantes ainda não utilizem por completo os aparatos tecnológicos, a demanda por drogas continua crescendo, segundo apontam os dados. Examinaremos, no próximo item deste capítulo, como é essa elasticidade da demanda por drogas.

2.1.1 A elasticidade da demanda

Para relacionar a reação dos consumidores de drogas aos preços das mesmas é preciso entender o conceito de elasticidade da demanda, que no caso do mercado de drogas ilegais se pauta comumente na hipótese de que a repressão faz com que haja o aumento de preços e diminuição da demanda. Contudo, esta é uma explicação muito simplista quando se pensa em um mercado que possui diversas variáveis como, diferentes tipos de drogas e vícios/estágios de uso, diferentes tipos de usuários, políticas antidrogas variadas, entre outros. Primeiramente, convém explicar o conceito de elasticidade da demanda:

Em geral, a quantidade de consumo de um bem declina com o aumento de seu preço; a elasticidade da demanda ao preço neste caso é negativa. Quando a elasticidade tem o valor de -1, o aumento do preço em X% leva a uma redução de consumo na mesma proporção. Alguns bens são caracterizados por uma elasticidade fraca [ou inelástico], ou seja, entre 0 e -1, o que reflete o fato de que os consumidores não podem viver sem este bem. Por outro lado, quando a elasticidade é forte – ou seja, menor do que -1 – uma pequena variação positiva no preço dá origem a uma redução significativa do consumo (KOPP, 2004, p. 45).

5 Uma Darknet é qualquer rede fechada, contendo um grupo privado de pessoas com o intuito de se comunicar. Entretanto, desde 2002, o termo evoluiu e tem sido usado para se referir às redes de compartilhamento de arquivos, sejam elas privadas ou acessíveis ao público em geral.

6 Uma criptomoeda (ou moeda Digital) é um meio de troca que se utiliza da tecnologia de blockchain e da criptografia para assegurar a validade das transações e a criação de novas unidades da moeda. O Bitcoin, a primeira criptomoeda descentralizada, foi criado em 2009 pelo pseudônimo Satoshi Nakamoto.

O consumidor de drogas atende a especificidades relativas à sensibilidade de preço e disposição para comprar droga no caso de aumento ou diminuição de preço. A questão que surge ao analisar esta demanda é: Todos os consumidores tem a mesma reação ao preço das drogas? Em que categoria estaria o consumo de drogas? Muitos autores como Little (1967), Koch e Grupp (1971, 1973), Eatherly (1974), Clague (1973), apud Kopp (2004) acreditavam que o usuário de drogas representaria uma demanda inelástica, visto a percepção que se tinha do usuário de drogas àquela época, ou seja, um indivíduo incapaz de controlar o seu vício. Se os preços são inicialmente baixos, os consumidores presentes no mercado não são os mesmos de quando os preços são altos. No primeiro caso (preços baixos), muitos consumidores ocasionais podem surgir, no entanto, com o aumento de preços os únicos dispostos a pagar seriam os adictos. O que sugere que a demanda é elástica quando os preços são baixos e, inelástica com o aumento de preços.

Uma das primeiras teorias a utilizar o instrumental microeconômico para explicar a racionalidade presente na dependência foi descrita por Becker e Stigler (1977), onde, neste modelo, considera-se que os indivíduos têm preferência pelo bem “euforia”, e que o grau de euforia” obtido dependerá do montante de heroína (ou álcool, ou anfetaminas) consumido. Este consumidor, especialmente se viciado em heroína, enfrentaria o aumento de preços da droga aumentando a criminalidade, por meio de roubos e furtos, para sustentar o seu vício. Porém, ficou aparente com o tempo que “a sensibilidade dos consumidores de drogas ao preço depende não somente da variação do preço mas também do nível de preço antes de qualquer aumento” (KOPP, 2004, p.45). Becker (2006) reforça tal posicionamento, ao admitir que a procura por drogas seja realmente inelástica, visto que o consumidor absorve a maior parte do aumento nos preços e, a substituição pelos subprodutos se dá principalmente por parte dos consumidores que dispõem de menos recursos econômicos. E, também, reitera que quanto mais inelástica for a demanda, maior é o aumento no custo social de reduzir a sua produção visto que aumenta a receita total favorecendo a atividade, necessitando maiores esforços de aplicação para o controle (BECKER, 2006).

Por muitas vezes esses usuários mais pobres, para sustentar o vício, estariam mais dispostos a cometer crimes de forma a obter recursos para compra. O vício é uma doença primária, o que afeta o cérebro, caracteriza-se pela conduta repetida que surge de uma necessidade biológica ou psicológica, que escapa do controle do indivíduo. O dependente nesse estágio deixa de avaliar o valor monetário do produto, observando apenas o valor subjetivo, o que motiva o consumidor a absolver as alterações no preço ou buscar substitutos.

O efeito substituição é uma reação ao preço aumentado deslocando a procura para um produto similar, ou seja, é a possibilidade de um determinado produto ser substituído por outro com características similares ou que atinjam objetivo semelhante, quanto maior o número de substitutos maior a elasticidade-preço. Não havendo substitutos, a curva tende a ser inelástica não provocando grandes efeitos na quantidade da demanda (ROSSETI 2002, p 416).

Quando a demanda é inelástica, a redução de quantidades por meio da coação de produtores ilegais pode ser desastrosa (Becker e Murphy, 2006, p.40). Isto porque a repressão aos traficantes com apreensões de drogas provoca um aumento do preço das mesmas, porém os dependentes não deixarão de comprar, sendo assim, o aumento da proibição provoca a elevação dos preços de venda, reduzindo a quantidade ofertada a qualquer preço. Nesse sentido, esse aumento desloca a curva da oferta para a esquerda, porém, a demanda continua inalterada, havendo uma redução muito pequena no consumo. Em contrapartida, os traficantes aumentam seus lucros, já que aproveitam a repressão para aumentar o preço da droga. Assim, toda energia gasta na tentativa de proibição causa efeitos colaterais reversos, e com isso, o maior beneficiário com a proibição é o próprio traficante. Este ciclo é explicado por Mankiw:

Se a demanda é inelástica, então um aumento nos preços aumenta a receita total do mercado de drogas. Ou seja, como a proibição das drogas aumenta o preço destas proporcionalmente mais do que reduz seu uso, ela eleva a quantidade total de dinheiro que os usuários pagam pelas drogas que compram. Os viciados que já tinham que roubar para sustentar seus hábitos terão uma necessidade ainda maior de dinheiro rápido. Assim a proibição das drogas pode aumentar o nível de crimes ligados a ela (MANKIW 2009, p. 108).

Esta situação é extremamente custosa para o Estado e governos, pois requer esforços da lei para combater situações criminosas. Outro fator decorrente da manutenção da demanda e da alta dos preços é o mercado se ajustando às necessidades do consumidor, sendo assim, há o surgimento de novas substâncias psicoativas, na realidade são subprodutos para atender as necessidades dos usuários. É nesse contexto, que surgem o crack e a heroína, conforme corroborado por Friedman em uma entrevista ao jornalista Paige, onde afirma que a única razão para existir o crack era porque a cocaína era muito cara, e este ocupou seu mercado.

Kopp (1998) após examinar diversos trabalhos que abordam as políticas públicas antidrogas voltadas à redução da demanda, as hipóteses nas quais se baseiam e seus resultados, reúne e sintetiza conforme explicitado na tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - As principais políticas públicas repressivas voltadas para a redução da demanda

Objetivos e Meios	Hipóteses	Resultados	Autores
Repressão da oferta, provocando alta de preços.	Não-elasticidade da demanda	A repressão é ineficaz e favorece a alta criminalidade	Little (1967); Koch e Grupp (1971;1973); Eartherly (1974)
Repressão dos revendedores	Não - elasticidade da demanda	A repressão é ineficaz porque o consumo não baixa. Pior, os traficantes aumentam seus lucros aproveitando a repressão para aumentar o preço da droga	Friedman (1984) e Choiseul - Praslin (1991)
Repressão dos revendedores e discriminação pelo preço	A repressão provoca um aumento de preço diferente para os novos e antigos consumidores	A repressão freia a entrada de novos consumidores e permite orientar os velhos para os centros de tratamento	Moore (1967;1973)
Repressão dos revendedores	Demanda elástica ao preço baixo e não elástica ao preço alto	A repressão é eficaz quando o preço da droga é inicialmente baixo	Blair e Vogel (1973)
Repressão dos revendedores e discriminação pelo preço	Forte elasticidade – preço a curto prazo	A repressão freia a entrada de novos consumidores e permite orientar os velhos para os centros de tratamento. Atenção: uma alta de preço de 50% provoca um aumento de criminalidade de 14%	Brown e Silverman (1974); Silvrman e Spruil (1977)
Repressão dos revendedores	Elasticidade fraca quando os preços são baixos. Elasticidade forte quando os preços são altos	Quando o mercado é monopolista: racionamento da distribuição da droga. Quando o mercado é concorrencial, a repressão é ineficaz.	White e Luksestich (1983)
Repressão dos revendedores	Preferências Côncavas	Repressão ineficaz, seria preciso legalizar a droga	Lemennicier (1992)
Repressão dos revendedores	Dois grupos de traficantes coexistem: os grandes e os pequenos	A repressão é eficiente quando os consumidores não dependentes predominam (elasticidade forte). Ineficaz, no caso contrário. É possível alterar o lucro de grandes traficantes sem provocar a entrada de uma multidão de pequenos concorrentes	Kopp (1996)

Fonte: Kopp (1998)

Após examinar as políticas ineficazes, Becker (2006) propõe a necessidade de uma

política educacional e publicitária para controle do consumo de drogas com objetivo de desencorajar o consumo de produtos através de publicidades, campanhas, oferecendo maior acesso às informações sobre o uso e riscos/danos de drogas para a população.

Uma política voltada à persuasão desloca a curva da demanda para a esquerda assim, a quantidade e o preço de equilíbrio caem, conseqüentemente a receita total cai reduzindo o lucro dos traficantes, diminuindo tanto o consumo quanto os crimes relacionado à atividade. Há um reflexo direto no preço e uma desmotivação no consumo, usuários deixam de ser consumidores. (MANKIW 2009, p. 108)

Baseado no que foi analisado, no próximo item deste presente capítulo serão abordadas mais de perto as questões de proibição, legalização e discriminação das drogas, bem como suas externalidades.

2.2 PROIBIÇÃO X DESCRIMINALIZAÇÃO: A GUERRA ÀS DROGAS

Em uma primeira análise sobre a proibição das drogas, surge uma questão que parece óbvia, mas muitas vezes parece ser ignorada pelas políticas públicas: as drogas continuam a ser fornecidas e exigidas apesar da proibição e desta forma incita a criação de um mercado clandestino. Este quadro se repete com outros segmentos do mercado como o álcool, jogos de azar, prostituição e outras commodities quando consideradas proibidas ou mesmo maléficas para a sociedade (Miron, 2001).

Porém, conforme Simões (2008) afirma há uma amnésia histórica que alimenta a retórica proibicionista de converter as “drogas” em malefício absoluto, pois deixa de considerar que muitas delas tiveram um papel central na configuração do mundo que atualmente conhecemos. O autor lembra que, “foi em torno do comércio de “alimentos droga” como o açúcar, o chá, o café, o tabaco e as bebidas alcoólicas, produtos exóticos convertidos em itens da dieta cotidiana de inúmeras populações, que se desenvolveu o moderno mercado mundial” (Mintz, 1986; Sahlins, 2004 apud Simões, 2008, p.15).

Ainda assim, alguns destes “alimentos droga” também já foram alvos de proibição, como o caso da cafeína, que teve sua venda e consumo severamente punidos na Arábia e no Egito, ou caso do álcool proibido durante a Lei Seca nos Estados Unidos em 1920. Benjamin e Miller (1992) apud Chitolina (2009) citam que a nicotina também foi objeto de esforços

proibicionistas durante o século XV, porém a política antidrogas, tal como vemos em quase todo o mundo nos dias de hoje, teve início principalmente a partir do século XIX, com a tentativa de banir o comércio do ópio entre a Inglaterra e a China. A Guerra do Ópio travada entre os dois países entre os anos 1839 a 1842 foi uma tentativa de retaliação dos ingleses aos chineses que fecharam seus portos para o comércio, motivando os ingleses a traficarem ópio para a população chinesa. Este caminho que levou as drogas a motivo de disputas é contado por Rodrigues (2008, p.91):

O trânsito que levou o mercado de drogas da legalidade à ilegalidade foi relativamente rápido e violento, como exemplifica o movimento que vai das Guerras do Ópio, no século XIX, à Lei Seca, de 1919. A resistência do governo imperial chinês ao livre mercado de ópio em seu território levou, entre 1839-42 e 1856-60, a confrontos com forças inglesas que, apoiadas por outras potências coloniais européias, exigiam a reabertura dos portos e do mercado chinês à droga produzida por companhias ocidentais. A decisão da China de fechar seu grande mercado consumidor ao psicoativo contrariava interesses vultosamente lucrativos e, em certo sentido, simbolizava um movimento mais amplo de afronta aos Estados europeus e suas estratégias político-comerciais para com o país.

A história da proibição de substâncias como a maconha, o ópio e a cocaína mostra uma convergência complexa de processos de estigmatização de populações e de conflitos entre potências capitalistas e coloniais “na expansão de formas de controle internacional compulsório e cooperativo destinado a erradicar todos os usos de psicoativos que não fossem considerados médicos ou científicos” (Scheerer, 1993 apud Simões, p.17). O estabelecimento de proibição acaba por vir acompanhado de argumentos relacionados ao moralismo e a propagação dos bons costumes na sociedade. A questão econômica das drogas está à parte dos discursos políticos contra as drogas, conforme Kopp descreve:

A execução de políticas antidrogas é direcionada por outros fatores além da entusiasmada busca por eficiência econômica. História, padrões morais e diversas outras descrições menos acuradas sobre os efeitos das drogas nos indivíduos e na sociedade como um todo têm um papel muito mais importante do que argumentos econômicos. (KOPP, 2004, p.90)

O economista americano Peter Reuter, em seu livro: “A política de drogas dos EUA: um passado triste e um futuro doentio”, ao analisar o caso, questiona a enorme, e crescente diferença entre os volumosos investimentos, no caso dos EUA, para combater e prevenir às

drogas frente aos baixos investimentos na prevenção e tratamentos. O autor enumera alguns fatores responsáveis por esta discrepância, por exemplo: o fato de investir em tratamento não ser politicamente interessante, pois os candidatos aos programas de tratamento possuem baixa expressividade eleitoral. E, também, porque politicamente é mais fácil tornar notório as prisões e apreensões como resultados extraordinários das políticas repressivas, do que constituir políticas de promoção da saúde e programas sociais e seus resultados.

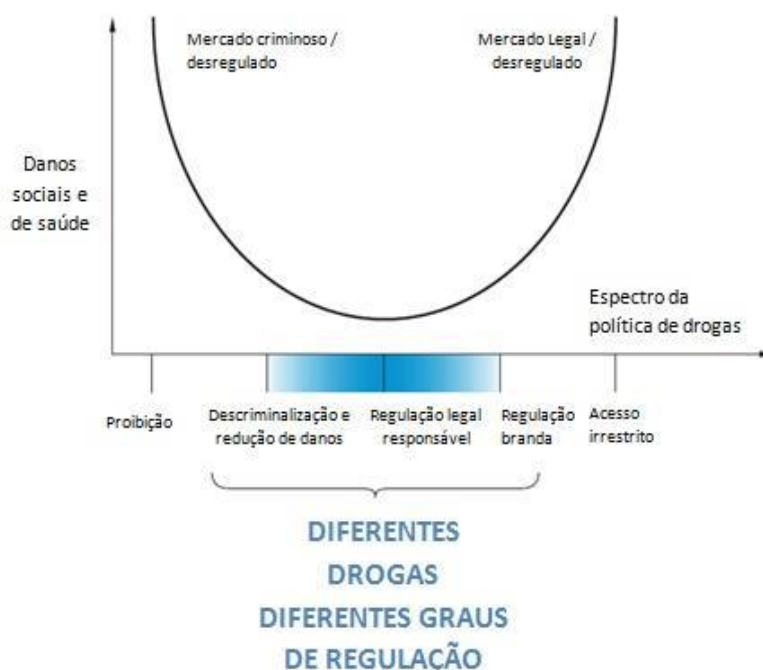
O argumento central sobre a proibição e seus efeitos negativos está no estabelecimento de um novo crime ou novo mercado que a ilegalidade traz, incentivando o narcotráfico (Rodrigues, 2008). Clark (2003) afirma que as externalidades negativas para a compra de drogas no mercado ilegal são provavelmente maiores do que no mercado legal. Isto porque a proibição e a ilegalidade trazem uma série de fatores como: a piora do ambiente e convívio nos bairros onde há o tráfico de drogas; a violência associada ao mercado ilegal e suas disputas (não há recursos legais aos quais os envolvidos podem apelar); a criminalização daqueles que compram nos mercados ilegais; aumento da população carcerária; o possível efeito de desestímulo à educação e participação na força de trabalho daqueles que veem os altos lucros da atividade criminal; os custos na saúde da falta de controle de qualidade de drogas, que podem ser adulteradas ou terem seu efeito desconhecido; o alto risco de infecções e doenças causadas pelo compartilhamento de agulhas, entre outros.

Mesmo com tantos riscos e efeitos adversos, os grupos de crime organizado continuam a atuar fortemente no mundo, devido aos altos lucros que levam a crer que o crime compensa. O relatório do UNODC (2017) estimou que em 2014 os grupos de crime organizado transnacionais ao redor do mundo devem ter gerado algo em torno de um quinto ou um terço de suas receitas com a venda de drogas. A Europol - Serviço Europeu de Polícia – identificou em torno de 5.000 grupos de crime organizado operando nos países da União Européia em 2017, e mais de um terço destas organizações estavam envolvidas com tráfico de drogas. Esta é a atividade mais difundida no crime organizado, ultrapassando crime de propriedade organizada, contrabando de migrantes, tráfico de seres humanos, fraude fiscal ou qualquer outra atividade ilícita. (UNODC, 2017)

Existem grupos com estrutura hierárquica bem definida e forte, como os grupos do México, Japão e até na Rússia, aonde há forte envolvimento com o tráfico de drogas. Há evidências também de grupos horizontais, com conexões menos estruturadas, que crescem significativamente. A Europol estimou que estes tipos de redes contabilizam entre 30 – 40% dos grupos de crime organizado em países da Europa União.

Os efeitos negativos do mercado criminoso especialmente no tocante social e da saúde são evidenciados por diversos estudos. A figura 5 abaixo resume de forma bastante esclarecedora o aumento ou diminuição de danos sociais e de saúde de acordo com o espectro da política de drogas - da proibição ao acesso irrestrito. É possível perceber que na medida em que o mercado é criminoso e desregulado, ou legal, mas sem regulação, os danos são maiores para as populações, pois não há qualquer tipo de controle sobre a qualidade ou procedências das drogas consumidas. Ou seja, colocar os governos ou órgãos reguladores no controle das drogas poderia diminuir estes tipos de risco, de acordo com o GCDP (2014). O relatório também defende que em um mercado regulado é importante que haja diferentes modelos de regulação aplicados a diferentes tipos de droga, de acordo com o risco de dependência, riscos de danos de cada tipo de droga.

Figura 5 - O controle das drogas e os efeitos sociais e na saúde



Fonte: Adaptado de GCDP – Global Commission on Drug Policy, 2014, p. 27

Tendo em vista as diferentes abordagens possíveis na política de drogas cabe explicar que a descriminalização e regulação podem seguir diretrizes específicas. Dependendo da situação, as políticas que variam da descriminalização e redução de riscos para uma regulação legal constituem posições usualmente de meio termo. É necessário distinguir entre

termos-chave e conceitos para evitar confusão. "Legalização" é apenas um processo - de tornar algo ilegal em legal. Seria mais esclarecedor entender a legalização como "regulamento", "regulamentação legal" ou "mercados regulamentados legalmente". Estes termos referem-se ao ponto final do processo de legalização – o sistema de regras que regem a produção, fornecimento e uso de drogas. Hughes e Stevens (2010) definem os conceitos de legalização, descriminalização e despenalização conforme segue:

[...] a legalização é definida como a remoção completa das sanções, tornando um determinado comportamento legal e não aplicando penalidade criminal ou administrativa; descriminalização é definida como a remoção de sanções sob a lei criminal, com o uso opcional de sanções administrativas (por exemplo, a provisão de multas civis ou respostas terapêuticas judiciais); e a despenalização é a decisão na prática de não penalizar criminalmente os infratores, como a não acusação ou a não prisão. (HUGHES e STEVENS, 2010, p. 999.

Chitolina (2009) explica que as alternativas para a legalização se pautam por quatro vieses, o monopólio governamental, a regulamentação do governo, as elevadas taxas tributárias (como o caso do álcool e do tabaco) e, por fim, o livre mercado.

Faz-se necessária uma breve explicação de cada uma dessas alternativas:

- 1) Monopólio governamental: Coloca nas mãos do governo a produção e distribuição das drogas, e este mantém o controle direto de grande parte do mercado. Ou seja, além do controle da produção, o governo estabeleceria as regras também para consumo, preço, qualidade, quantidade entre outros.
- 2) Regulação do governo: Neste caso tanto os compradores como os vendedores estariam sujeitos a algumas restrições do governo no que concerne à produção, distribuição e consumo. Este é o caso em que os usuários são registrados e têm direito a comprar quantidades limitadas de drogas, enquanto que os vendedores são sujeitos a elevadas taxas e devem ser licenciados para a venda.
- 3) Elevadas taxas tributárias: Esta alternativa é semelhante ao que acontece com o álcool e o tabaco, que estão sujeitos às altas taxas tributárias como uma forma de elevação de preço e possível coibição de uso. Além disso, as altas somas adquiridas pelos governos através da tributação elevada podem, e devem ser revertidas em programas de prevenção e tratamento, ou seja, investidas na saúde.
- 4) Livre mercado: A oferta e a demanda das drogas estariam sujeitas às regras do

livre mercado, no qual há um ambiente mais competitivo, com uma maior diversidade de produtos e os preços são relativamente mais baixos. Assim como acontece com o mercado de bebidas e tabacos, apesar de um grande número de novas empresas tentarem a entrada neste mercado, são poucas as empresas que ofertam a maior parte dos produtos. Haveria ainda a regulação do governo, mas esta seria mais branda e poderia também ser executada por outros órgãos. Além disso, a qualidade do produto, maiores informações e segurança na compra seriam algumas das vantagens desse sistema.

A exploração de alternativas de exploração e comércio de drogas é importante na medida em que este é um mercado consideravelmente grande para que seja deixado de lado por governos ou mesmo pelo setor privado.

Ao passo que ao se optar pela descriminalização é reconhecido que a questão das drogas deve ser tratada por meios administrativos e não criminal, no qual o usuário é um infrator da lei com punição por encarceramento. Ela visa a regular a conduta ou atividade que foi descriminalizada (Blickman, Jelsma, 2009) e desta forma alivia o sistema judiciário. Isto não significa dizer que a descriminalização torna as drogas ilegais em legais, pois há ainda sanções aplicadas para a posse, mas com uma tolerância específica dependendo do país. Segundo Staley *apud* Thornton (2007) a descriminalização seria uma mudança estratégica para se concentrar na educação e tratamento da demanda, pois concentraria os esforços na dimensão humana do abuso de drogas e não na sua criminalização. Além disso, esta medida vem acompanhada de uma política de redução de danos, que redireciona os recursos de policiamento para políticas de saúde pública e tratamento (GCDP, 2014).

Muitos países europeus têm optado pela opção de descriminalizar as drogas para remover penas para uso pessoal de certos tipos de drogas. Thornton, Benson e Bowmaker (2007) *apud* Chitolina (2009) citam países como Reino Unido e Bélgica aonde a posse de maconha foi descriminalizada e outros sete países europeus como: Áustria, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha, Suíça e Portugal. Uma medida comum entre estes países é a estipulação de quantidades determinadas consideradas para consumo próprio.

As alternativas à proibição surgem a partir do momento em que se percebe que a guerra às drogas como está configurada nos dias de hoje está muito longe de ser vencida ou mesmo finalizada. Beauchesne (2015) explica que por meio de estudos e pesquisas sobre a pertinência desta guerra é possível concluir que esta:

- Não atinge os objetivos de saúde pública, que seriam a prevenção às toxicomanias e a diminuição global do consumo.
- Gera a criminalidade, a repressão, violência e corrupção.
- É invencível.
- Facilita o crescimento de do mercado de drogas ilícitas, aonde não há controle sobre a distribuição, qualidade ou sua concentração.
- Impede o acesso às informações e ao tratamento por parte dos usuários.

Além disso, a guerra mundial contra as drogas fracassou já que os imensos recursos gastos na erradicação da produção, repressão aos traficantes e criminalização dos usuários não foram capazes de reduzir a oferta nem de reduzir o consumo de drogas. O direcionamento prioritário das ações repressivas contra os consumidores tem o efeito desastroso de dificultar o acesso às medidas de saúde pública capazes de reduzir mortes decorrentes da contaminação pelo vírus do HIV / AIDS, overdose e outras consequências nocivas do consumo de drogas. A insistência em ações ineficazes de repressão da produção e encarceramento de usuários representa um imenso desperdício de recursos públicos que poderiam ser muito melhor utilizados em ações voltadas para a redução da demanda por drogas, para a redução do dano causado pelas drogas e para implementação de programas de tratamentos.

A chamada política de redução de danos poderá ser vista mais profundamente no próximo capítulo, com o histórico de Portugal na descriminalização de drogas e os impactos socioeconômicos dessa medida ao longo dos anos.

3 A DESCRIMINALIZAÇÃO DAS DROGAS: O CASO DE PORTUGAL

Portugal, oficialmente República Portuguesa, está localizado no sudoeste da Europa, foi fundado em 1143, e ocupa uma área total de 92.212 Km². A parte continental situa-se na Península Ibérica fazendo fronteira a Norte e a Leste com a Espanha, e a Oeste e a Sul com o Oceano Atlântico. O território português abrange ainda duas regiões autônomas: os Arquipélagos da Madeira e dos Açores, localizados no Oceano Atlântico.

O clima mediterrâneo é o predominante em Portugal, caracterizado com verões bastante quentes e prolongados, e invernos curtos e de pouca pluviosidade, atribui a Portugal perfil de ser um dos países mais quentes da Europa. Em seu território vivem cerca de 10 milhões de habitantes (PORDATA, 2016), a maioria concentrada na faixa litorânea. Vigora no país um sistema político semipresidencialista de cunho parlamentarista estabelecido desde 1976. Na economia, Portugal, tradicionalmente, sempre teve uma forte atividade agrícola, no entanto, atualmente se baseia nos setores de serviços e na indústria transformadora, deixando de lado a dependência de atividades industriais tradicionais e, especializando-se em que novos setores, de maior incorporação tecnológica, destacando-se o setor automobilístico, eletrônicos, setor energético, fármacos e novas tecnologias. Nos serviços, graças à sua a posição geográfica e ao agradável clima mediterrânico, a imensa costa portuguesa, observa-se uma forte indústria turística.

O presente capítulo se propõe a estudar o caso de Portugal no seu pioneiro processo de descriminalização das drogas, iniciado em 2001, com a remoção de penalidades criminais para posse de drogas e uma política de drogas mais voltada para saúde e informação dos usuários, com centros de tratamentos e medidas para diminuição de danos. (GCDP, 2014) O objetivo é mostrar como tais medidas surtiram efeito no país, seja na diminuição de problemas sociais ou no acompanhamento dos números de usuários de drogas após a descriminalização. Como forma de detalhar o histórico da relação de Portugal com as drogas, será apresentada uma pequena evolução da legislação portuguesa relativa às questões ligadas à distribuição, à venda, ao consumo e ao tráfico das drogas ilícitas.

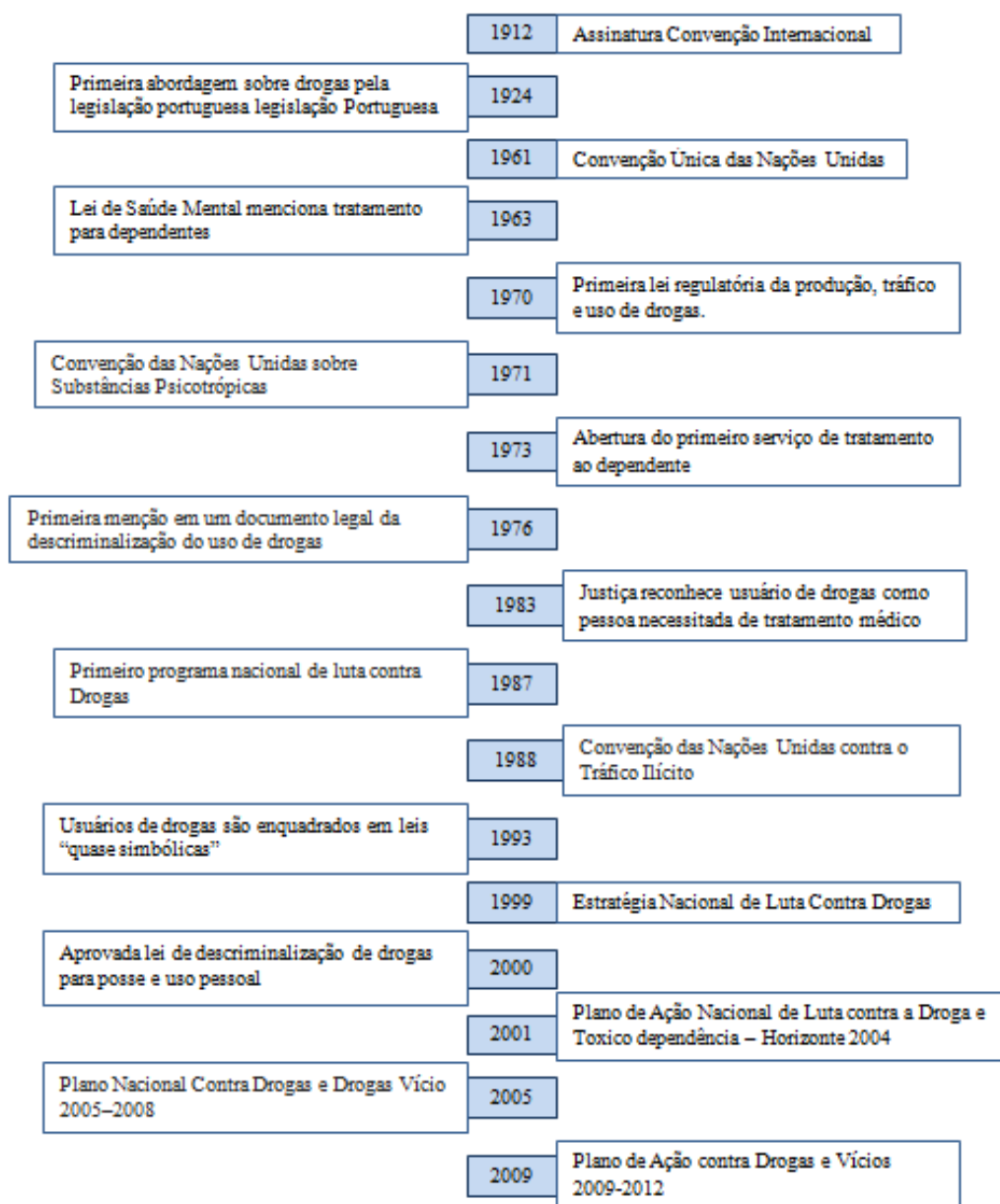
3.1 HISTÓRICO DA DESCRIMINALIZAÇÃO EM PORTUGAL

O estudo histórico da legislação sobre as drogas será aqui apresentado não só focado

na maneira como o governo vigente atua diante dos problemas sociais (o que na prática seria a elaboração das leis), mas também no âmbito do conhecimento e teorias dominantes do momento. “O conhecimento e acção costumam andar acompanhados” (Quartilho, 2001, p. 114), de acordo com o construcionismo social, logo, podem existir várias formas de ver o mundo e outras tantas de compreender a realidade.

Assim, os vários conceitos de toxicodependente (inicialmente toxicômano, outras vezes adicto), analisados historicamente, correspondem às várias formas de abordar e tratar essas mesmas pessoas, ao longo do tempo. Sendo assim, as várias formas de ver o toxicodependente, ou de tratá-lo (ou punir), são aqui analisadas apenas como momentos em que determinadas comunidades interpretativas com mais influência, determinavam aquela verdade sobre aquelas pessoas, - ou seja -, “a verdade depende da construção mais sofisticada e melhor informada, sobre a qual existe um consenso generalizado, em cada época histórica” (Quartilho, 2001, p. 114).

Figura 6 - Linha do tempo com os principais marcos legislativos



Fonte: Elaboração própria

As políticas de drogas portuguesas datam do início do século XX, com a assinatura da *Convenção Internacional do Ópio* - o primeiro tratado internacional para controle das drogas em Haia 1912 - assinado pela Alemanha, os Estados Unidos da América, a China, a França, o Reino Unido, a Itália, o Japão, os Países Baixos, a Pérsia (atual Irã), Portugal, a Rússia e o Sião (atual Tailândia). A Convenção previa que os países signatários providenciariam os seus melhores esforços para controlar todos os tipos de fabricação, importação, venda, distribuição e exportação de morfina, cocaína e de seus respectivos

derivados.

No entanto, foi apenas em 1924 que a legislação portuguesa começou a abordagem do assunto drogas, com a aprovação da *Lei n.º 1 687*, a qual restringia a importação, para consumo, do ópio, morfina, cocaína e dos seus derivados para “fins médicos ou científicos legítimos”. Além disso, as farmácias, armazéns ou drogarias interessados em comprar o produto deveriam obter uma licença junto à Direção Geral de Saúde. A sanção para o descumprimento desta lei acarretava em uma multa ou, em caso de reincidência, a prisão.

No ano de 1926, Portugal colocou em prática as regras estabelecidas na Convenção do Ópio, assumindo um posicionamento mais restritivo às importações do ópio e seus derivados (heroína e morfina), dos preparados de cânhamo (*cannabis sativa*) e da cocaína, tornando ainda mais severas as penas para compra ou venda e posse desses produtos sem a autorização médico-legal. No entanto, nesta altura, devido ao consumo pouco expressivo, a dependência era apenas associada ao tratamento de doenças mentais (Trigueiros et al., 2010), não sendo ainda o consumo visto como um fenômeno ou como um problema social, como veio a ocorrer décadas depois.

Após a Segunda Guerra Mundial, Portugal era governado por grupos políticos de inspiração fascista com origem na década de 1920. Sob o regime autoritário de António Salazar (1932 – 1968), Portugal era uma sociedade bastante conservadora, com grande influência da Igreja Católica, fechado a novas ideias, às mudanças das sociedades Ocidentais e às novas tendências culturais e da moda.

Os movimentos de contracultura da década de 1960 que enalteciam o uso de drogas como moda, lazer e/ou cultura permearam por Portugal. O uso de drogas (principalmente o LSD) era admitido entre artistas e boêmios, porém não exercia tanto impacto social ou cultural, visto que seu uso não era contínuo – além de pouco disseminado dentro da população em geral. Surge em 1971, como símbolo da transgressão dos jovens portugueses, com clima de plena liberdade de expressão e paz, algo inimaginável para época, o Festival de Vilar dos Mouros (o Woodstock português, numa alusão ao mítico evento realizado em 1969 nos Estados Unidos).

De um lado, o termo "contracultura" pode se referir ao conjunto de movimentos de rebelião da juventude [...] que marcaram os anos 60: o movimento hippie, a música rock, uma certa movimentação nas universidades, viagens de mochila, drogas e assim por diante. [...] Trata-se, então, de um fenômeno datado e situado historicamente e que, embora

muito próximo de nós, já faz parte do passado. [...] De outro lado, o mesmo termo pode também se referir a alguma coisa mais geral, mais abstrata, um certo espírito, um certo modo de contestação, de enfrentamento diante da ordem vigente, de caráter profundamente radical e bastante estranho às forças mais tradicionais de oposição a esta mesma ordem dominante. Um tipo de crítica anárquica – esta parece ser a palavra-chave – que, de certa maneira, 'rompe com as regras do jogo' em termos de modo de se fazer oposição a uma determinada situação. [...] Uma contracultura, entendida assim, reaparece de tempos em tempos, em diferentes épocas e situações, e costuma ter um papel fortemente revigorador da crítica social. (Pereira, 1992, p. 20).

Figura 7 - Nota de jornal sobre o Festival de Vilar dos Mouros



Fonte: O MÍTICO, 2016⁷

É no ano de 1963 que surge a *Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118)* que se referia ao "tratamento das toxicomanias", admitindo até certo ponto a dependência como uma doença psicológica, e estabelece ainda a criação do Instituto de Saúde Mental, órgão estatal com responsabilidade de promoção de saúde mental, sob tutela do Ministério da Saúde e Assistência. “A promoção da saúde mental destina-se a assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico da pessoa humana e assume acção profilática, a terapêutica e a recuperadora” (Lei n.º 2118 – cap. 1 art. 1).

Mas, é em 1970 que o consumo de droga atinge níveis consideráveis já causando problemas de saúde, numa época em que Portugal ainda era regido pela ditadura e o consumo destas substâncias aumentava significativamente. Por tais motivos, que se fez fundamental e

⁷ O MÍTICO festival de Vilar de Mouros. Lisboa: Mundo Português, 2016. Disponível em: <<https://www.mundoportugues.pt/63424/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

urgente manter os jovens portugueses à margem da degradação moral e física. “Apelando à degradação moral e física originada pela droga na juventude, que procura na evasão, no sonho, na morte psíquica, um caminho efemeramente mais fácil e sedutor” (Dias, L. 2007, p.35).

Observa-se em Portugal, nesta mesma época, a primeira reação ao abuso do consumo de substâncias psicotrópicas e entorpecentes com a campanha através da colagem de cartazes pelas cidades com o slogan: “Droga, Loucura, Morte”, onde se exibia uma caveira com um símbolo de paz na testa, numa alusão aos hippies.

Figura 8 - Cartaz da campanha “Droga, Loucura, Morte”.



Fonte: <http://oobservatorium.tumblr.com/post/53867972475/droga-loucura-morte>

Para tentar conter tal explosão do consumo, foi sancionado o *Decreto lei 420/70*, a primeira para regular a produção, tráfico e uso de drogas, fornecendo o quadro legal para a criminalização do uso de drogas. Propondo como medidas cabíveis: o agravamento das sanções penais e as fianças previstas até então, e a intensificação e sistematização do controle das prescrições médicas de entorpecentes, tendo como inspiração experiências estrangeiras e as recomendações internacionais.

O consumo de substâncias estupefacientes e em geral de drogas susceptíveis de provocar toxicomania assumiu neste século uma extensão e gravidade que o tornaram motivo de especial atenção e cuidado dos Estados e de organizações internacionais. Têm-se na verdade presentes os perigos que aquele consumo comporta para a saúde física e moral dos indivíduos e a sua não rara interpenetração com fenômenos de delinquência. Inúmeros países vêm assim adotando providências de vária ordem com o propósito de evitar

que a produção, o tráfico e o uso dos referidos produtos possam desenvolver-se à margem do condicionalismo autorizado. (Decreto lei 420/70).

E, nessa mesma linha, no ano de 1971, Portugal ratificou a *Convenção Única de 1961* que é o tratado internacional das Nações Unidas com objetivo de combater o abuso de drogas por meio de ações internacionais coordenadas.

Em 1973, são dados os primeiros passos de uma resposta pública a este problema através da criação de uma consulta específica de toxico dependência, no *Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria*, em Lisboa.

O fenômeno do uso abusivo de drogas psicotrópicas assumiu forte expressão resultando em um grande impacto social a partir da segunda metade dos anos 70, marcado pelo aumento do uso de drogas derivadas do ópio, principalmente a heroína e administradas de forma injetável, que se tornou o maior problema, pois as instituições não estavam preparadas para lidar com a situação. Alguns dos fatores que podem ter contribuído para tal aumento do consumo de drogas. Portugal: o processo de independência das colônias africanas⁸, o regresso de pessoas das colônias onde a cannabis era cultivada e consumida abertamente (incluindo os soldados portugueses) e a queda do regime ditatorial em 1974 com a Revolução de 25 de Abril, que provocou uma abertura de um país ao mundo após meio século de isolamento, onde os portugueses estariam pouco preparados essa onda de mudanças, pois não possuíam um conhecimento sobre as drogas, sobre a distinção entre pesadas e leves, sobre os diversos problemas oriundos do seu consumo, tampouco sobre a redução de danos e os riscos que representavam para a saúde ou os tipos de problemas sociais que poderiam causar.

As primeiras estruturas específicas para combater tal fenômeno são criadas apenas em 1975: o Centro de Estudos da Juventude (CEJ) com foco na prevenção da população e no tratamento médico-social do dependente, subordinadas à Presidência do Conselho de Ministros, e o *Centro de Investigação Judiciária da Droga* (CIJD) exercendo o papel de investigar, fiscalizar e repreender o tráfico ilícito de drogas. É nesta altura que se começa a questionar se deveria ver o consumo de droga como um crime ou se deveria encorajar uma abordagem clínica.

⁸ Angola, Moçambique, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Timor Leste (esse ultimo, depois da independência em 1975, ficou sob domínio da Indonésia até 2000, quando se tornou independente).

“Embora a política de drogas não estivesse no topo dos debates políticos, as mudanças para a legislação no período pós-revolução foram focadas em: a necessidade de adaptar os serviços; fornecimento de pesquisa científica e dados para apoiar a tomada de decisões em matéria de políticas de drogas; e se o uso de drogas deve ser considerado principalmente como um crime ou se uma abordagem médico-psicossocial deve ser promovida” (Dias, 2007, pp. 41-64).

O CEJ é extinto em 1976 e é criado o *Centro de Estudos da Profilaxia da Droga* (CEPD) com atuação nas áreas da prevenção, tratamento e realocação social do dependente. E, também, é extinto o CIJD dando lugar ao *Centro de Investigação e Controle da Droga* (CICD), com atuação na área da repressão do tráfico ilícito de drogas. Estes dois centros eram coordenados pelo Gabinete Coordenador do Combate à Droga, subordinados ao Ministério da Justiça.

Indo em sentido contrário à política implementada nos Estados Unidos da América, caracterizada por um discurso extremamente proibicionista e punitivo para o uso de qualquer droga considerada ilícita, na Europa começa a ficar nítido que a política de “tolerância zero” não alcançara os resultados esperados frente aos altos investimentos, tanto na atuação de repressão da produção, quanto na circulação da droga (Jelsma, 2008; Martins, 2013). Sendo assim, ficou evidente a necessidade de encontrar um equilíbrio entre a proteção da saúde pública e as consequências negativas de sistema totalmente repressivo. Então, por volta da década de 80, se tenham desviado as políticas de tolerância zero em direção ao equilíbrio entre proteção e repressão (Jelsma, 2008). O objetivo principal a partir desse momento passou a ser a conscientização à diminuição do consumo.

Nesse sentido em 1983, Portugal se enquadra finalmente à *Convenção das Nações Unidas sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971*, a que tinha aderido em 1979, executando uma forte repressão ao tráfico, no entanto inovando ao inserir uma perspectiva clínica e ressocializadora para o dependente. Uma vez que ao considerar o consumidor de droga como um doente que precisa de tratamento, esclarecendo que a prioridade era tratar e não punir, este documento trouxe esta questão para o Ministério da Saúde, permitindo a criação de diversos centros de tratamento. A maioria deles, contudo, estava ainda sobre a supervisão do Ministério da Justiça.

Em 1987, após o aumento dos problemas de heroína e nas operações de tráfico de drogas, foi adotado um primeiro *Programa Nacional de Luta contra a Droga*, Projeto VIDA.

O programa, supervisionado pelo Ministério da Saúde, foi uma importante política de drogas sendo a primeira indicação de uma política de droga abrangente e integrada em Portugal. O programa estabeleceu um mecanismo nacional de controle de medicamentos e incluiu 30 medidas que foram distribuídas em "Medidas de informação e conscientização", "Tratamento e reabilitação social" e "Controle de suprimentos". Dentre as inovações do Projeto Vida, cabe citar: a implantação de iniciativas de prevenção da AIDS e outras doenças infectocontagiosas entre usuários de drogas, e a criação de um serviço gratuito de tele-atendimento; tratamento de dependência de drogas nas prisões; coordenação das intervenções de redução de oferta. Aos poucos foram criados centros de tratamento especializado em todo o país, e estes passaram da tutela do Ministério da Justiça para o Ministério da Saúde. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011).

No início de 1990, o aumento explosivo no consumo de drogas culminou em um grave problema social, no vício, na dependência e nas overdoses.

“Tem-se registrado um aumento do abuso de medicamentos e um agravamento dos problemas decorrentes da combinação de diversas drogas, sendo, no entanto, e de um modo geral, a heroína a principal droga que leva novas pessoas a iniciarem o tratamento da toxico dependência, constituindo as anfetaminas um problema importante no norte da Europa” (EMCDDA, 1995, p.3).

Em 1993, o governo português promulgou a chamada *Lei da Droga*, adaptando-se às recomendações da Convenção das Nações Unidas de 1988 contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas. Dentre os objetivos principais, destacam-se: reduzir drasticamente a oferta, adotar medidas adequadas para controle de substâncias usadas na produção de entorpecentes e investigar e reprimir a lavagem de dinheiro das drogas. Mantinha a criminalização do uso de drogas, mas desenvolveu uma abordagem específica para isso, concluiu que usuários ocasionais deveriam acima de tudo, não ser rotulados ou marginalizados. Assim, esta lei formalizou a responsabilidade do tratamento dos consumidores ao Ministério da Saúde, não mais ao Ministério da Justiça e, pela primeira vez, designou a responsabilidade oficial sobre prevenção aos Ministérios da Saúde e Educação e Juventude. Nesse mesmo ano, surge o primeiro programa de testes da SIDA e de troca de seringas em Portugal.

No *final dos anos 90* com a criação no âmbito do *Ministério da Saúde do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxico dependência* houve um alargamento da rede de serviços

públicos para o tratamento e reinserção de dependentes químicos, por garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social de todos os afetados pela dependência das drogas.

No entanto, mesmo com esforços para a criação de várias respostas em diversas áreas para o problema das drogas, a situação portuguesa atingiu um grave problema social e de saúde pública, em particular no que diz respeito ao consumo problemático de heroína e um aumento substantivo da SIDA e da infecção pelo vírus HIV, bem como de outras doenças relacionadas ao uso de seringas contaminadas, tal como hepatite C. Portugal apresentava elevadíssimos índices tanto de infecção por HIV entre os consumidores de drogas injetáveis, quanto à incidência de novos casos de SIDA relacionados com o uso de drogas, quando comparados com outros países da Europa.

Ao contrário do esperado, as ações do governo português foram exatamente o oposto das políticas de “emergência” e de “tolerância zero”. Assim, em 1998 o Governo criou a *Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga*, cujo objetivo era oferecer uma abordagem mais abrangente e informada sobre o consumo de droga. (Hughes & Stevens, 2010). Formada por membros de diversas especialidades, tais como: psiquiatras, médicos, psicólogos, professores, entre outros, a Comissão considerou primordial recolher depoimentos dos que atuam com o problema nas suas múltiplas vertentes, entrevistar os responsáveis pela execução das estratégias já existentes, bem como os analisar os dados disponíveis (tanto na esfera nacional, quanto na internacional), além de consultar relatórios e recomendações publicados em diversos países. E, em 1999, em seu relatório final, conhecido como, *Plano Nacional para a Luta contra a Droga*, tal Comissão recomenda a descriminalização da posse de todas as drogas tanto as “pesadas” como as “leves”, para posse e consumo, como melhor maneira de restringir o consumo de drogas e de diminuir o número de dependentes químicos em Portugal, além de enquadrar orientações de combate às drogas e assistência ao toxicodependentes nos seus diversos domínios, como prevenção, tratamento, reinserção social, treinamento, pesquisa, redução de risco e controle de oferta. Segundo Greenwald (2009), as recomendações do relatório foram: redirecionar o foco para a prevenção primária; ampliar e melhorar a qualidade e capacidade das redes de atenção à saúde de modo a garantir acesso ao tratamento para todos os toxicodependentes e, garantir os mecanismos necessários que permitam a aplicação de medidas alternativas pela autoridade competente, tais como tratamento de toxicodependentes às sentenças de prisão.

Tal relatório propôs também, que o papel do governo seria dedicar-se às questões da

prevenção, redução de danos e educação, de ampliação e melhoria dos programas de tratamento e, no desenvolvimento de atividades focadas nos grupos de risco ou consumidores de drogas a manter ou restaurar as suas ligações com a família, o trabalho e a sociedade. O Projeto VIDA e o gabinete para os assuntos da droga do Ministério da Justiça foram fundidos e reestruturados nesse ano, originando o Instituto Português da Droga e Toxico dependência (IPDT - depois renomeado IDT - Instituto da Droga e Toxico dependência).

O grande marco do processo português de descriminalização de todas as drogas foi à promulgação da *Lei n.º 30/2000*, de 29 de Novembro, que trouxe uma nova forma um novo paradigma de compreensão do fenómeno da toxico dependência. Onde a aquisição e a posse para o consumo próprio se tornaram contraordenação – ou seja, essas práticas continuam sendo punidas, mas não mais por meio de sanções penais. Mudou o estigma de um consumidor de drogas, deixando de lado o preconceito que o comparava a um criminoso, enxergando-o como uma pessoa que necessita de ajuda e apoio especializados, convicção humanista. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado, uma vez que o consumo de substâncias psicoativas ilícitas continua a ser um ato punível por lei, porém deixou de ser um crime com abertura de processos de inquéritos para serem tratados nos tribunais e passou a ser classificado como uma contraordenação social.

Além disso, esta lei estipulou as quantidades limites de cada substância para que a sua posse para consumo próprio seja considerada uma contra-ordenação e, em geral, esta quantidade é o suficiente para o consumo próprio durante 10 dias. As quantidades detalhadas, segundo a lei, em gramas ou comprimidos, para cada substância: cannabis folha, 25 gramas; haxixe, 5 gramas; cocaína, 2 gramas; heroína, 1 grama; LSD ou ecstasy, 10 comprimidos, conforme ilustrado na tabela 3 abaixo. Pela regra atual, os limites estabelecidos devem ser encarados como indicativos e não definitivos. Como exemplo, temos as quantidades determinadas de cada substância que são consideradas para consumo próprio, mas é papel da polícia esclarecer qual a intenção da posse. Se uma pessoa tem em sua posse uma quantidade que pode ser considerada para consumo, mas é apanhada vendendo, esta situação continua a configurar um crime.

Tabela 4 - Os limites quantitativos máximos para cada dose individual diária

Plantas, Substâncias ou Preparações de consumo mais comuns.	Limite quantitativo máximo
Heroína (dilacetilmorfina)	0,1g
Metadona	0,1g
Morfina	0,2g
Cocaína (cloridrato)	0,2g
Cocaína (éster metílico de benzoilecgonina)	0,3g
Cannabis (folhas e unidades floridas ou frutificadas)	2,5g
Cannabis (óleo)	0,5
Fenciclidina (PCP) ⁹	0,25
Lisergida (LSD)	50µg
MDMA	0,1g
Anfetamina	0,1g
Tetraidrocanabinol (A9THC)	0,05g

Fonte: Elaboração própria baseada na Portaria 94/96 de Portugal

Foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT), serviços especializados para a aplicação da lei, para onde são encaminhadas as pessoas que estão consumindo ou apenas portando as drogas. As CDT são compostas por equipes de membros do Ministério da Saúde e da Justiça preparadas para ouvir os indiciados¹⁰, investigar a condição do consumo, o grau de dependência, avaliar a gravidade da situação e aplicar medidas. Tais medidas podem variar desde o pagamento de uma pequena multa, o apoio psicológico, tratamento ou punições administrativas (proibição de frequentar certos lugares, proibição de acompanhar, alojar ou receber certas pessoas, apresentações periódicas, revogação de licença profissional ou revogação de licença de porte de armas, permissão para dirigir, entre outras). Antes do julgamento final a equipe formada por um médico, um advogado e um assistente social avalia a situação psicossocial e verifica o registro criminal do indivíduo. As medidas diferem de acordo com a situação de consumo – experimental, recreativa, intermitente ou abusiva (Trigueiros et al., 2010).

Uma nova base jurídica para medidas de redução de danos também foi adotada ainda em 2001, com a criação do *Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos* que regula a redução de danos e intervenções em geral, bem como centros de apoio para toxicodependentes, refúgios e abrigos, centros móveis para prevenção de doenças infectocontagiosas, programas de substituição (metadona e outras drogas), troca de seringas, programas para uso supervisionado de drogas, entre outras medidas.

⁹ A fenciclidina, conhecida como pó de anjo ou poeira da lua, é uma droga dissociativa antes usada como agente anestésico; seu uso causa alucinações.

¹⁰ Nome dado às pessoas com processo de contraordenação por consumo ou posse de drogas

Baseando - se no Plano Nacional para a Luta contra a Droga, em 2001 o Governo adota o *Plano de Ação Nacional de Luta contra a Droga e a Toxico dependência - Horizonte 2004*. Este plano foi criado pelo IDT para ser a base e referência fundamental que direcionaria toda a intervenção nos próximos anos. Além disso, tinha como objetivos melhorar a eficácia e a articulação das ações de prevenção, a redução de riscos e minimização dos danos, tratamento, reinserção social, combate ao tráfico ilícito, formação e investigação científica e cooperação internacional.

Em 2004, avaliou-se a primeira *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxico dependência*, deu-se início a um novo ciclo estratégico *Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxico dependência Horizonte 2005 - 2012*, composto por novas recomendações e diretrizes, porém foram mantidos os principais objetivos enunciados na *Estratégia de 1999*, como os princípios do humanismo e pragmatismo, e foram incluídos os princípios da centralidade no cidadão, da territorialidade e das respostas integradas.

Depois de uma avaliação levada a cabo em 2005, a Estratégia Nacional de 1999 foi complementada com um novo Plano Nacional Contra a Droga e Toxico dependência 2005-2012. Esse plano foi dividido em duas fases: a primeira que começava em 2005 e terminava em 2008, e a segunda de 2009 a 2012. A avaliação concluiu que os objetivos propostos no âmbito de redução da procura, diminuição do consumo, redução de riscos e minimização de danos, reinserção, bem como os objetivos traçados na área de tratamento (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2013).

Os impactos destes planos, na sociedade portuguesa, serão explorados no item seguinte.

3.2 CONSUMO E VENDAS DE DROGAS ANTES E DEPOIS DA DESCRIMINALIZAÇÃO

A ausência de inquéritos à população antes de 2001 torna difícil observar as tendências de consumo de drogas em Portugal ao longo do tempo, e em particular examinar os efeitos da descriminalização em si (Hughes & Stevens, 2010), sendo sempre necessário ter em conta outros fatores e fazer comparações com outros países com políticas de droga diferentes. Com tudo isso, os resultados da descriminalização portuguesa podem ser compreendidos quando são comparados com os índices do uso pós-descriminalização e tendências em Portugal, assim como nos outros Estados da União Europeia que continuam a

aderir um regime de proibição, criminalização e punição, mesmo para uso pessoal.

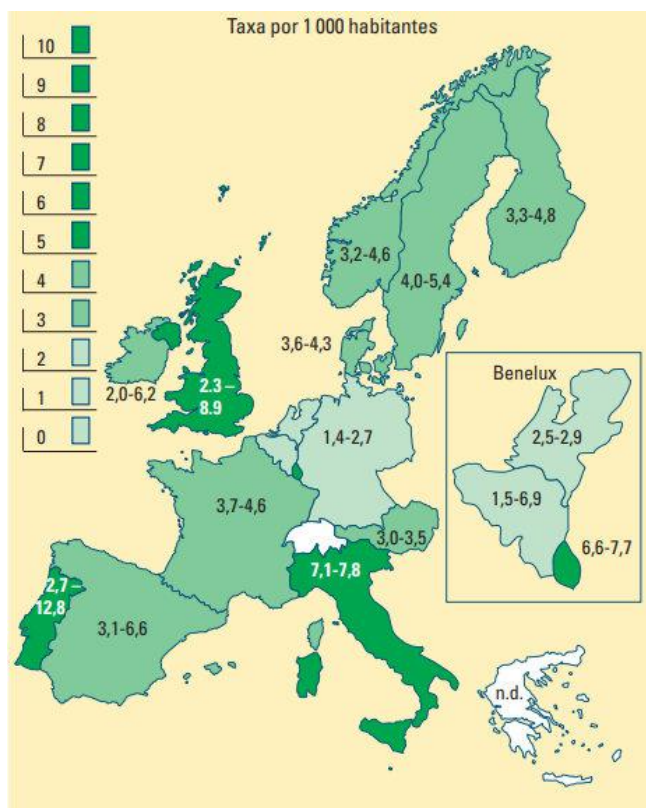
Durante o período de 1996-1998, de uma maneira geral, as taxas de prevalência do consumo problemático de droga parecem atingir o valor mais crítico em Portugal, com uma taxa de doze consumidores problemáticos de droga em cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, seguido da Itália, Luxemburgo e Reino Unido.

As taxas mais baixas são encontradas na Bélgica, Alemanha e Países Baixos, com dois a três consumidores problemáticos de droga por cada 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. As taxas médias registradas oscilam entre os três e os cinco consumidores problemáticos de droga por cada 1 000 habitantes, na Áustria, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Irlanda e Noruega. Alguns países comunicam números ligeiramente diferentes dos de 2000, devido a melhorias introduzidas nos dados e nas estimativas.

A situação de Portugal e, também, a de outros países da União Europeia (UE) e Noruega, a respeito do consumo problemático¹¹ de drogas é ilustrada na figura 9 abaixo.

¹¹ Consumo problemático de droga - significa consumo de droga injetada ou o consumo contínuo de opiáceos, cocaína e/ou anfetamina. Tal definição exclui os consumidores de ecstasy e da cannabis, bem como os que nunca consomem — ou consomem irregularmente — opiáceos, cocaína ou anfetaminas.

Figura 9 - Estimativa do número de consumidores problemáticos de droga por 1000 habitantes em alguns Estados-Membros da UE e na Noruega – 1996 – 1998¹²



Fonte: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - *OEDT*, 2001, p.12.

A tabela abaixo extraída do Primeiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, realizado em 2001, nos permite analisar os indicadores portugueses de consumo de qualquer substância separadamente e, o de consumo em geral e, compará-los com dos outros países da União Europeia. Sendo assim, nota-se que os portugueses possuem valores mais baixos que dos países europeus, 7,8% de prevalência de consumo para qualquer substância, ficando atrás apenas da Alemanha Oriental, com 4,8%. A cannabis é a substância ilícita mais consumida em Portugal com uma taxa de incidência ao longo da vida de 7,6%. Portugal se enquadra abaixo das médias europeias quando analisamos os consumos de cocaína, ecstasy, LSD e anfetaminas quer ao nível geral da população, quer ao nível das populações de jovens adultos (15-34). Ao contrário, registamos em Portugal

¹² n.d. = Dados não disponíveis.

As variações observadas entre os países devem ser interpretadas com prudência uma vez que os métodos e os grupos-alvo são diferentes. Os dados sobre a Áustria e Bélgica se referem a 1995 e sobre a Itália, 1999, e sobre Portugal anos 1999 – 2000.

declarações de consumo de heroína – 0,7% – superiores à dos outros países, com exceção do Reino Unido (1%); a França surge logo a seguir com 0,6%, com uma prevalência superior à Espanha e à Alemanha ocidental, ambas com 0,4%.

Tabela 5 - Prevalência do consumo de substâncias ilícitas por grupos de idade em Portugal comparativamente a alguns países europeus em 2001 (%)

Substância País	Idades	Adultos						
		Qual- quer sub- stância	Cannabis	Cocaína	Anfeta- minas	Ecstasy	Heroína	LSD
Espanha	(15-64)		19,80	3,20	2,20	2,40	0,40	1,50
Inglaterra e P. Gales	(16-59)	34,00	25,00	3,00	10,00	4,00	1,00	6,00
Holanda	(15-64)		19,10	2,60	2,20	2,30	0,30	
Alemanha Ocidental	(18-59)	14,20	13,40	1,50	1,80	1,70	0,40	
Portugal	(15-64)	7,80	7,60	0,90	0,50	0,70	0,70	0,40
França	(15-64)		21,90	1,50	0,20	0,90	0,60	1,50
Alemanha Oriental	(18-59)	4,80	4,20	0,20	0,50	0,70		

Fonte: Balsa *et al*, 2001, p. 58.

Os resultados das edições do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, realizadas em 2001, 2007, 2012 e 2016/2017, foram reunidos e apresentados na tabela abaixo e permite realizar uma evolução comparativa com dados obtidos sobre o consumo das drogas ao longo da vida na população em geral, ou apenas entre os jovens adultos, além de destrinchar o consumo minucioso por tipo de substâncias e por gênero.

No quesito consumo experimental de substâncias psicoativas ilícitas, a cannabis é a substância que apresenta maior prevalência em todos os anos de aplicação entre a população como um todo e, também, na faixa etária 15-34 anos. Em 2001, para a população total, foram registrados 7,6% que sobe para 11,7% em 2007, caindo em 2012 para 9,4% e volta a crescer em 2016/17 até atingir 10,9%. Já para todas as outras substâncias psicoativas ilícitas pesquisadas, notam-se prevalências de consumo ao longo da vida menores que 1,5% tanto para população em geral quanto entre os jovens adultos, e são notórios aumentos entre 2001 e

2007, e quedas ou continuidade de valores entre 2012 e 2016/17.

Tabela 6 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas em Portugal em 2001, 2007, 2012 e 2016/17 (%), população entre 15 – 64 anos.

Substância/Ano	2001	2007	2012	2016	
Q.S.I.	7,8	12,0	9,6	11,6	↑
Cannabis	7,6	11,7	9,4	10,9	↑
Cocaína	0,9	1,9	1,2	1,2	↑
Anfetamina	0,5	0,9	0,5	0,4	↓
Ecstasy	0,7	1,3	1,3	0,7	↓
Heroína	0,7	1,1	0,6	0,5	↓
LSD	0,4	0,6	0,6	0,4	↓
Cogumelos	-	-0,8	0,6	0,2	↓
NSP	-	-	0,4	0,3	↓

*Fonte Balsa et al, 2017

Fonte: adaptado de Balsa *et al*, 2017, p. 27.

Na tabela abaixo estão os valores de consumo nos anos 2016/17 de cannabis, cocaína, anfetaminas e ecstasy de Portugal e outros 25 países europeus. Portugal apresenta para todas as substancias ilícitas analisadas um valor abaixo do valor médio dos outros países. A cannabis é a substância ilícita com consumo mais elevado, com um valor médio de 5,8, variando entre as taxas mais elevada observada na França (11,1%) e o valor mais baixo na Hungria (1,5%), a prevalência de consumo de cannabis em Portugal é de 4,1%, ocupando a 14ª posição. Relativamente ao consumo de cocaína nos anos de 2016/17, para um valor médio europeu de 0,7%, Portugal encontra-se em 18º lugar, com uma prevalência de 0,2%. Ocupa as penúltimas e últimas posições no conjunto de países europeus no que se refere à prevalência de consumo de ecstasy e de anfetaminas.

Tabela 7 - Prevalência do consumo de substâncias psicoativas em Portugal 2016/17

Pais	Cannabis	Cocaína	Anfetamina	Ecstasy
Alemanha	6,1	0,6	1,0	0,6
Áustria	6,4	0,4	0,4	0,4
Bélgica	4,6	0,5	0,2	0,3
Bulgária	3,5	0,2	0,6	1,2
Chipre	2,2	0,2	0,1	0,1
Croácia	7,9	0,8	1,0	0,6
Dinamarca	6,9	0,9	0,6	0,2
Eslováquia	4,3	0,1	0,4	0,6
Eslovênia	4,4	0,5	0,3	0,3
Espanha	9,5	2,0	0,5	0,6
Estônia	6,0	0,7	1,1	1,2
Finlândia	6,8	0,5	1,1	1,1
França	11,1	1,1	0,3	0,9
Holanda	8,7	1,9	1,6	3,4
Hungria	1,5	0,3	0,5	0,9
Irlanda	7,7	1,5	0,3	2,1
Itália	9,2	1,1	0,2	0,4
Letônia	4,2	0,5	0,3	0,3
Lituânia	2,3	0,2	0,2	0,2
Noruega	4,2	1,0	0,2	0,6
Polónia	4,6	0,2	0,2	0,4
Portugal	5,1	0,2	<0,1	0,1
Reino Unido	6,5	2,3	0,6	1,5
Rep. Checa	9,4	0,1	0,8	1,3

Fonte: adaptado, Balsa *et al*, 2017, p. 30.

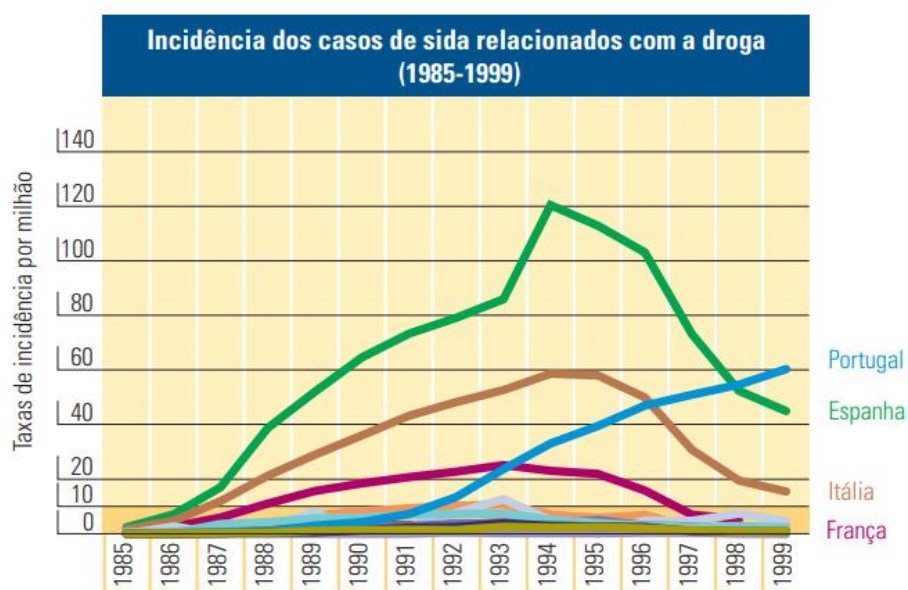
Concluindo, a aprovação da Lei nº 30/2000 de 29 de novembro não levou a aumentos substanciais de consumo de droga. Os dados apontam antes para uma redução do consumo problemático de drogas, de danos causados pelas drogas e do excesso de casos criminais (Hughes & Stevens, 2010). Tais repercussões originadas após a descriminalização, bem como os impactos na sociedade portuguesa, serão abordados no item seguinte.

3.3 IMPACTOS ECONOMICOS E SOCIAIS DA DESCRIMINALIZAÇÃO EM PORTUGAL

Além do consumo de drogas analisado no tópico anterior, há outros fatores devemos considerar para avaliar os efeitos da lei da descriminalização. No final dos anos 80 e 90 há um aumento das taxas de doenças infecciosas, incluindo HIV, AIDS, tuberculose, hepatite B e C entre usuários de drogas, principalmente de heroína intravenosa (Hughes & Stevens, 2010).

Em 1999, Portugal já tinha a maior taxa de doentes com AIDS devido à droga na UE e a segunda mais alta quanto à prevalência de HIV em consumidores de drogas injetáveis, conforme ilustrado na figura 10 abaixo. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2000).

Figura 10 - Incidência de casos de AIDS relacionados com a droga 1985 - 1999



Fonte: OEDT 2000, p.23

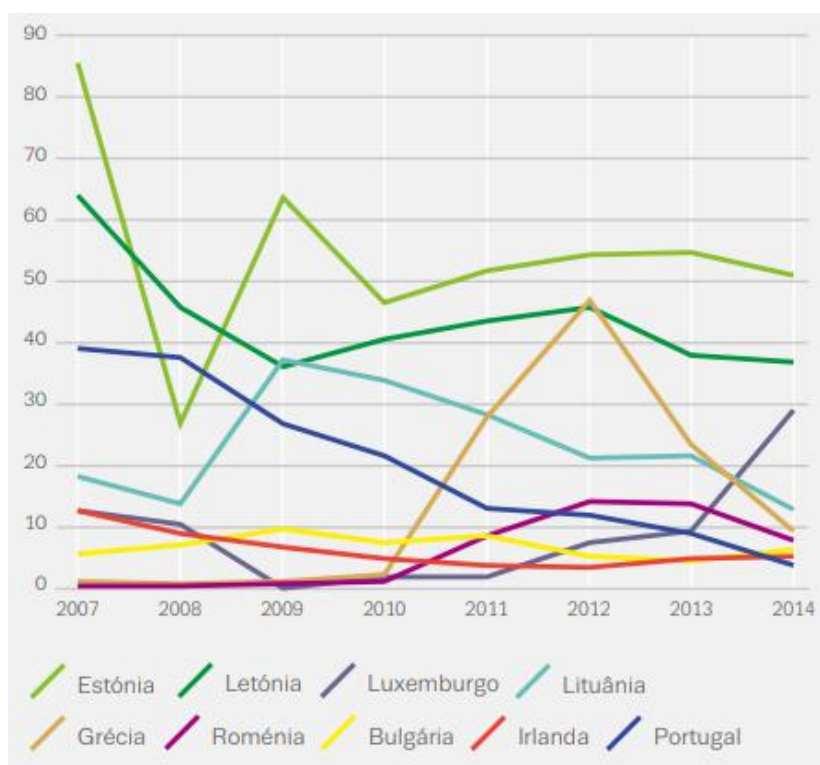
Entre 1999 e 2003, foi registrada uma redução de 17% das notificações de novos casos de HIV entre usuários de drogas, ou seja, queda do índice de casos de HIV relacionados às drogas (Hughes & Stevens, 2007) e desde 2004 as taxas globais de HIV entre usuários de drogas têm-se mantido estáveis devido aos programas de troca de seringas, tais como “Diz não a uma seringa em 2ª mão” (Greenwald, 2009).

Desde a descriminalização das drogas em 2001, Portugal apresenta uma queda

constante e significativa na taxa de incidência de AIDS relacionada ao uso de drogas, ou seja, os casos de novas infecções por HIV entre os usuários de drogas, fato que não é verificado em outros países da Europa, conforme explicitado na figura 11 a seguir.

Em 2007, Portugal ostenta uma taxa superior aos 40 casos por um milhão de habitantes (a terceira maior entre os países analisados), ou seja, são 40 casos novos de infecção por HIV entre usuários de drogas por 1 milhão de habitantes, já em 2012, ocupa a segunda menor taxa, mantendo-se com, aproximadamente, 15 casos por 1 milhão de habitantes e, em 2014 atinge a menor taxa de novos casos de infecção por HIV relacionados ao uso de drogas.

Figura 11 - Incidência de casos de AIDS relacionados com a droga 2007 – 2014¹³



Fonte: OEDT 2016, p.60

O número de usuários de droga que são diagnosticados com HIV e AIDS também vêm apresentando quedas ao longo dos últimos anos. Por exemplo, entre 2000 e 2008, o número de casos de HIV desceu entre os consumidores de droga de 907 para 267 e o número de casos de AIDS desceu de 506 para 108 (IDT, 2009; Hughes & Stevens, 2010). Mesmo com tal tendência, o número de HIV entre os consumidores de droga era, em 2009, um dos mais

¹³ Casos por milhão de habitantes

altos da Europa: 13.4 por milhão de habitantes, contrastando com os 2.85 de média em 26 países europeus (Moreira, et al., 2011).

Em 2014, manteve-se o padrão registrado nos últimos anos (tabela 8), ao passo que devemos ressaltar o novo decréscimo de transmissão entre usuários de drogas injetáveis (UDI), com valor de 3,9%, posicionando Portugal ao nível ou mesmo abaixo dos valores médios europeus. Quando investigamos a evolução dos padrões de comportamento associados à transmissão da infecção por HIV, no período 2004-2014, constata-se que, mesmo considerando o decréscimo global do número de novos casos notificados transmissão entre UDI diminuiu significativamente.

Tabela 8 - Apresentação temporal dos casos de infecção por HIV em categorias de transmissão. Portugal (2000-2014)

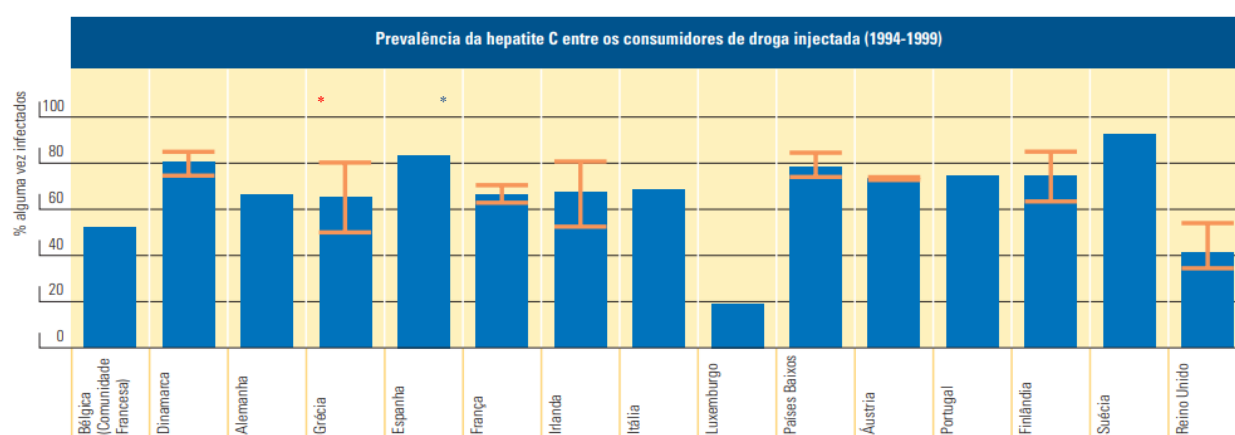
INFEÇÃO POR VIH									
Categoria de Transmissão									
Ano	Homens que fazem sexo com homens (HSH)		Utilizador de drogas injetáveis (UDI)		Heterossexual		Mãe/Filho		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2000	258	8,0	1591	49,5	1260	39,2	14	0,4	3214
2001	261	9,2	1191	41,9	1281	45,1	17	0,6	2842
2002	267	10,0	929	34,7	1396	52,1	33	1,2	2681
2003	302	12,1	780	31,4	1312	52,8	26	1,0	2486
2004	268	11,1	617	25,6	1296	53,8	23	1,0	2411
2005	277	12,4	588	26,4	1166	52,3	9	0,4	2231
2006	333	14,7	485	21,4	1227	54,2	12	0,5	2263
2007	297	13,7	398	18,3	1251	57,6	17	0,8	2171
2008	409	18,3	367	16,4	1249	55,8	15	0,7	2239
2009	389	19,1	256	12,6	1184	58,1	15	0,7	2037
2010	442	22,9	240	12,4	1185	61,5	17	0,9	1928
2011	448	26,6	150	8,9	1047	62,1	9	0,5	1687
2012	478	29,7	140	8,7	982	61,0	5	0,3	1611
2013	411	27,8	97	6,6	876	59,3	10	0,7	1476
2014	388	31,8	48	3,9	738	60,5	9	0,7	1220

Fonte: INSA. DDI-URVÉ. SI.VIDA (dados recolhidos em 31.08.2015)

Fonte: Balsa, et al 2017, p10.

Durante a segunda metade dos anos 90, Portugal apresentava elevadíssimas taxas de contaminação pelo vírus da hepatite C entre os usuários de drogas injetáveis, o que pode é evidenciado pela figura 12, onde as taxas correspondem aproximadamente a 70%, uma das mais altas da Europa. No entanto, desde 2000, Portugal registra um aumento de pessoas em tratamento (Hughes & Stevens, 2007), apesar do decréscimo significativo de novas infecções (Greenwald, 2009).

Figura 12 - Prevalência da hepatite C entre os consumidores de droga injectada (1994 – 1999)

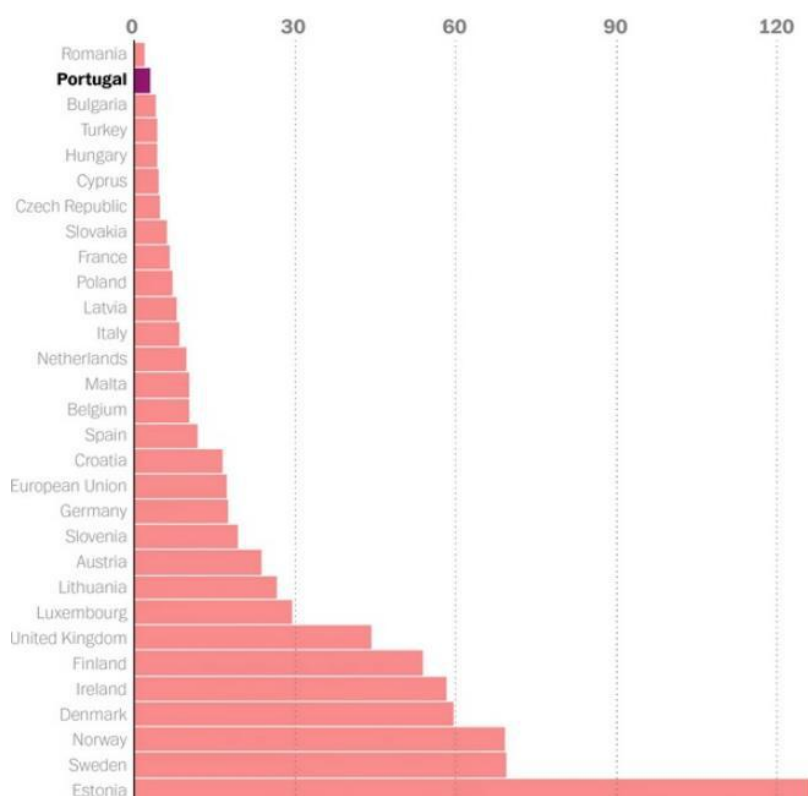


Fonte: Balsa, et al 2000, p23.

Constatou-se que as mortes relacionadas com a droga sofreram um grande aumento nos anos 90, tendo aumentado mais de dez vezes por ano entre 1989 e 1999 alcançando um máximo de 369 em 1999 (um aumento de 57% em relação a 1997) (IDT, 2000). Esse número reduziu significativamente a partir de 1999 e até 2002, (Greenwald, 2009). Em termos absolutos, de 2002-2006 as mortes relacionadas com todas as drogas proibidas, ou desceram ou mantiveram-se estáveis com os números de 2001 (Greenwald, 2009), sendo que em 2006 chegou aos 290, já em 2012 ao nível de 29 (Sinopse Estatística Portugal 2012). Em 2015, Portugal ostenta a segunda menor taxa de mortalidade decorrente do uso de drogas ilegais em toda a Europa (figura 13), e isso após vivenciar uma das piores taxas no auge da proibição. De qualquer forma, as mortes relacionadas com o consumo de droga são difíceis de contabilizar, pois o consumo “para além de ser uma causa direta de mortalidade (caso das overdoses), é também muitas vezes uma causa indireta, nomeadamente por via de doenças, acidentes,

homicídio e suicídio” (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2015, p. 63). É por isso difícil usá-lo como meio eficaz de prever tendências ou tirar conclusões.

Figura 13 - Número de mortes induzidas pelo uso de drogas (15-64 anos) por milhão de habitantes



Fonte: EMCDDA apud Thornton 2015.

Não se pode atribuir, contudo, quaisquer dessas mudanças positivas diretamente à reforma legal (HUGHES e STEVENS, 2010, p. 1004). Mais do que a descriminalização em si, a ampliação da rede de serviços para os usuários provavelmente teve maior impacto, principalmente pela redução do estigma social, facilitando o acesso a tratamento (HUGHES e STEVENS, 2012, p. 111). Em todo caso, esses fatos contradizem a hipótese de que a descriminalização necessariamente leva ao aumento no uso de drogas e nos danos a elas relacionados (HUGHES e STEVENS, 2010, p. 1004), conforme defendido pelo sistema proibicionista.

Nesse contexto, é possível verificar que, se por um lado à descriminalização do uso e posse de drogas ilícitas não leva, automaticamente, ao aumento dos danos provocados pelas drogas, ela tampouco elimina todos os problemas relacionados a essas substâncias. Entretanto, a experiência portuguesa é capaz de oferecer um modelo de resposta menos punitivo e

causador de estigmas (HUGHES e STEVENS, 2010, p. 1018), sendo exemplo de processo de descriminalização realizado de maneira racional e cautelosa, substituindo o controle penal pelo administrativo não punitivo.

Por fim, HUGHES e STEVENS (2010, p. 1016) reforçam a importância da história política na definição da estratégia voltada às drogas. Portugal passou por um longo regime totalitário e, após esse período, adaptou sua constituição para reconhecer direitos de cidadania e limitar a interferência na vida privada dos cidadãos, além de ter empreendido mudanças para reduzir a criminalização pelo Estado. A necessidade de considerar esse contexto alerta contra a tentativa de se perceber os efeitos da política de drogas como resultado causal de uma mudança legislativa particular. De qualquer forma, segundo BOITEUX (2006, P. 82), a lei portuguesa pode ser considerada uma das propostas mais avançadas de política criminal de drogas.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou entender como funciona o mercado de drogas esteja ele inserido em um contexto ilegal ou legal, seja por meio de regulamentação ou descriminalização. Para tal, foi feita uma pesquisa bibliográfica que evidenciou alguns aspectos amplos a respeito da oferta e demanda de drogas, bem como considerações a respeito da guerra às drogas e alternativas para a redução de danos, como a regulamentação e descriminalização. Para corroborar a literatura buscou-se entender a prática de políticas de descriminalização ao expor o caso de Portugal, que passa pelo processo desde 2001.

Ao se discutir a economia das drogas foi possível observar que este é um mercado que ainda cresce no mundo, por mais que a política de guerra às drogas seja a mais difundida para o combate ao consumo de drogas. Porém, conforme demonstrado ao longo do trabalho esta política não atinge as suas metas, pois como destacado por Beauchesne (2015) não atende aos objetivos de saúde pública, não previne doenças e nem a tóxicas-dependências; gera mais criminalidade, violência e repressão; facilita o crescimento do mercado de drogas ilícitas não controladas quanto a sua qualidade e quantidade.

A busca por substâncias psicotrópicas continuará a existir independente da proibição. Portanto, é importante que se estude alternativas para a convivência com esta realidade. A exploração de medidas de legalização ou descriminalização e redução de danos podem ser importantes meios para combater, ou ao menos minimizar os efeitos negativos relacionados com o consumo de drogas, como a infecção por doenças, o encarceramento de usuários que infla o sistema judiciário, a corrupção, do fortalecimento do crime organizado, entre outros. As ações ligadas à descriminalização visam a proteger o usuário e a saúde pública, principalmente, pois são focadas na disseminação de centros de tratamento e apoio, e programas educacionais. Além disso, certas medidas de legalização como o controle governamental e a tributação elevada podem gerar um aumento nas receitas do Estado, bem como redução de gastos no judiciário e controle da qualidade das drogas consumidas.

Para corroborar os efeitos da descriminalização, o presente trabalho expôs o caso de Portugal – país que passou por reveses históricos de um sistema totalitário para reconhecimento da liberdade e cidadania – que se constitui em exemplo para o processo de descriminalização do usuário de drogas. Por mais que não esteja comprovado que este processo tenha levado à eliminação de todos os problemas relacionados ao uso de drogas,

pode-se observar que a substituição do controle penal pelo administrativo não punitivo pode ter diversos efeitos benéficos sobre os problemas sociais causados pelas drogas. Primeiramente, os casos de doenças infectocontagiosas diminuíram, visto que o usuário passou a contar com centros de apoio para toxico dependentes, refúgios e abrigos, centros móveis para prevenção de doenças infectocontagiosas, programas de substituição (metadona e outras drogas), troca de seringas, programas para uso supervisionado de drogas, entre outras medidas. O número de consumidores de heroína teve uma leve diminuição e mesmo que a quantidade de usuários de cannabis, a droga mais consumida no país, não tenha diminuído, a descriminalização do usuário pode representar um importante alívio ao sistema penal.

É importante ressaltar que os discursos a respeito do mercado das drogas são os mais variados e podem assumir posições mais proibicionistas ou liberais. Por tal motivo, trabalhos acadêmicos que elucidem os diversos conceitos socioeconômicos deste mercado tão vasto podem contribuir para a quebra de tabu que envolve a abordagem do tema. O trabalho demonstrou que a guerra às drogas como hoje é configurada está fadada ao fracasso, pois não tem contribuído para diminuição do consumo. Portanto, a exposição de alternativas é de grande valia tanto para órgãos públicos e privados, como para a academia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALSA, Casimiro; FARINHA, Tiago; URBANO, Cláudia; FRANCISCO, André. **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa – 2001**. Lisboa: CEOS, Investigações Sociológicas, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa

BECKER, Gary S., and MURPHY, Grossman, M. The Market for Illegal Goods: The Case of Drugs. **Journal of Political Economy**, v.114, n.1, p.38-60, 2006.

BEAUCHESNE, Line. **Legalizar as drogas**. Rio de Janeiro: UFRJ Editora, 2016. 304p.

BOITEUX, Luciana. **Controle Penal sobre as Drogas Ilícitas: o Impacto do Proibicionismo no Sistema Penal e na Sociedade**. 273 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CARNEIRO, Henrique. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura : novas perspectivas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65 - 90. Disponível em: <<http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

CHITOLINA, Lia Santos. **A economia das drogas ilegais : Teorias, evidências e políticas públicas**. 2009. 90 p. Monografia (Graduação em Ciências Econômicas) - Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25341/000738747.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 fev. 2018.

CLARK, Andrew E. The economics of drug legalization. **CNRS – Centre National de la Recherche Scientifique e DELTA**. Mai. 2003.

DIAS, Lúcia Nunes. **As drogas em Portugal: o fenómeno dos factos jurídico-políticos de 1970 a 2004**. Coimbra: Pé de Página, 2007. 357 p.

IORE, Mauricio. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura : novas perspectivas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 141-154. Disponível em: <<http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

FRIEDMAN, Milton; PAIGE, Randy. "**Friedman & Szasz On Liberty and Drugs**." On "Americas Drug Forum.", 1991. (Interview transcript from a television show).

< <http://lamar.colostate.edu/~sshulman/ec101/Friedman%20on%20Drug%20Legalization.html> >.

GCDP – Global Commission on Drug Policy. **Taking control:** Pathways to drug policies that work. Setembro 2014 Disponível em:

<<https://www.globalcommissionondrugs.org/reports/taking-control-pathways-to-drug-policies-that-work/>> Acesso em: 01 fev. 2018

GLOBAL FINANCIAL INTEGRITY. Transnational Crime and the developing world. Channing May: Março, 2017.

GREENWALD, Glenn. **Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies.** Washington: Cato Intitu. 2009.

HUGHES, Caitilin Elizabeth; STEVENS, Alex. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 2010, n° 50, p. 999- 1022

KOPP, Pierre. **Political economy of illegal drugs** . London / New York: Routledge Taylor & Francis, 2004. 227 p.

MANKIW, N. Gregory. **Introdução à Economia.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2009

MARTINS, V. L. (2013, abril/junho). A política de descriminalização de drogas em Portugal. *Serv. Soc. Soc.* (n° 114), pp. 332-346.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282013000200007&script=sci_arttext.

Acesso em: 18 fev. 2018.

MIRON, Jeffrey A. The Economics of Drug Prohibition and Drug Legalization. *Social Research*, [S.l.], v. 68, n. 3, p. 835-855, set. 2001. Disponível em:

<<http://www.jstor.org/stable/40971915>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

O MÍTICO festival de Vilar de Mouros. Lisboa: Mundo Português, 2016. Disponível em: <<https://www.mundoportugues.pt/63424/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

PEREIRA, Carlos Alberto M.. O que é contracultura 8 ed. [S.l.]: Brasiliense, 1992

PORDATA. Base de dados Portugal Contemporâneo. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal>. Acesso em: 10 mar. 2018

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura : novas perspectivas.** 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91 - 104.

Disponível em: <<http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

SIMÕES, Julio Assis. Prefácio. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura : novas perspectivas**. 1. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13 - 22. Disponível em: <<http://neip.info/publicacoes-neip/livros-neipdrogas-e-cultura/>>. Acesso em: 01 fev. 2018.

TERRON, Joca Reiners. A ressaca infinita. In: BAUDELAIRE, Charles. **Os paraísos artificiais**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005. p. 7-10. v. 2.

THORNTON, Mark. Prohibition versus legalization: Do economists reach a conclusion on drug policy? **The Independent Review**, v. XI, n. 3, pp. 417–433, 2007

TRIGUEIROS, F., VITÓRIA, P. & DIAS, L. Rather Treat Than Punish The Portuguese Decriminalization Model. The Pompidou Group of the Council of Europe, Estrasburgo, 2010. Disponível em: <http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Activities/Justice/11CJ/Rather%20Treat%20Than%20Punish.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018

QUARTILHO, Manuel João Rodrigues. Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do Sintoma à Experiência, Quarteto Editora, Coimbra, 2001.

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2017**. Vienna: 2017

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011)

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/642/PolicyProfile_Portugal_WEB_Final_289201.pdf

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 1995 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37356EN.html>