

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



OBRIGATORIEDADE DE EXAMES TOXICOLÓGICOS PARA POLICIAIS

Claudionor Rocha

Consultor Legislativo da Área XVII
Segurança Pública e Defesa Nacional

ESTUDO

JANEIRO/2006



Câmara dos Deputados
Praça 3 Poderes
Consultoria Legislativa
Anexo III - Térreo
Brasília - DF

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DROGAS	5
2.1 Definição.....	5
2.2 Classificação.....	6
2.3 Histórico.....	8
2.4 Conceitos	
2.5 Análise comparativa das drogas	9
2.6 Fatos sobre algumas drogas	21
2.6.1 Álcool.....	21
2.6.2 Anabolizantes	35
2.6.3 Anfetaminas	
2.6.4 Cocaína.....	27
2.6.5 Ecstasy	24
2.6.6 LSD	33
2.6.7 Maconha	27
2.6.8 Morfina/heroína	23
2.6.9 Solventes ou inalantes	28
2.6.10 Tabaco.....	22
3. LEGISLAÇÃO EXISTENTE	39
4. CONSUMO DE DROGAS	43
4.1 Situação atual	43
4.2 Complicações.....	44
4.3 Consequências na personalidade.....	46
5. COMBATE ÀS DROGAS	47
6. CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS	50
6.1 Modelos de controle	50
6.2 Reflexos do abuso no ambiente de trabalho	51
6.3 Controle do uso indevido	51
6.4 Controle internacional	53
7. AÇÕES GOVERNAMENTAIS	54
7.1 Política Nacional Antidrogas (PNAD).....	54
7.2 Iniciativas para controle no setor público.....	56
7.3 Controle nos meios policiais.....	57
7.4 Controle privado	61
7.4.1 Direito comparado	61
7.4.2 Controle no Brasil	63
7.4.3 Resultados dos programas implementados.....	66
8. ATIVIDADE LEGISLATIVA.....	71
9. EXAME TOXICOLÓGICO.....	77
9.1 Necessidade – legitimidade	77
9.2 Legalidade.....	79
9.3 Aspectos negativos.....	79
9.3.1 Constrangimento	79
9.3.2 Discriminação	80
9.4 Questões práticas acerca das análises toxicológicas.....	82



9.4.1 Objetivo	82
9.4.2 Metodologia.....	83
9.4.3 Examinandos.....	83
9.4.4 Confidencialidade	84
9.4.5 Tratamento	85
9.5 Abrangência/suficiência.....	85
9.6 Métodos de seleção	90
9.7 Tipos de exames toxicológicos.....	91
9.8 Estabelecimento de programa preventivo	93
9.9 Programas assistenciais em locais de trabalho públicos e privados.....	94
10. CONCLUSÃO	95

© 2006 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citados o autor e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu autor, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

Um gênio dificilmente poderá produzir um outro gênio. Mas um louco facilmente poderá fazer vários loucos.
Anthony Wong – Médico

OBRIGATORIEDADE DE EXAMES TOXICOLÓGICOS PARA POLICIAIS

Claudionor Rocha

1. INTRODUÇÃO

Várias solicitações foram encaminhadas à Consultoria Legislativa visando a elaboração de projeto de lei a respeito da obrigatoriedade de aplicação de exames toxicológicos periódicos, em todo o país, ora abrangendo policiais civis e militares, ora incluindo, além desses, policiais federais e bombeiros militares.

Não obstante haver discussão doutrinária acerca da legitimidade da iniciativa, por esta Câmara dos Deputados, de leis que afetem administrativamente servidores públicos dos Estados e Distrito Federal, por interpretação do art. 18 da Constituição da República, que concede autonomia aos entes federados (princípio do pacto federativo), foram elaborados vários projetos, de teor semelhante. Releva ressaltar que a mencionada demanda foi encaminhada a diversos parlamentares por um policial civil gaúcho, preocupado com a alta incidência de policiais dependentes de psicotrópicos e com as consequências dos efeitos do abuso no exercício da atividade policial e no provimento de segurança à sociedade.

Neste estudo se procurará, após ligeiras conceituações acerca da terminologia própria, analisar as iniciativas existentes, de caráter governamental ou privado, no sentido de impor controles ao uso abusivo de drogas. Nesse contexto estão as normas já existentes, a atividade legislativa correspondente e, em especial aquelas voltadas para o servidor público e o policial em particular. Paralelamente se enfoca a necessidade e a legitimidade do controle corporativo, bem como os possíveis efeitos de norma nesse sentido.

2. DROGAS

2.1 Definição

Considera-se “droga” qualquer substância que modifica, aumenta, inibe ou reforça as funções fisiológicas, psicológicas ou imunológicas do organismo de maneira transitória ou permanente.¹ Drogas, ou fármacos, em seu sentido amplo, são todas as substâncias ativas que atuam no organismo vivo, desde uma simples aspirina. São objeto de estudos da farmacologia. A palavra fármaco vem do grego *phármakon*, que significa tanto medicamento como veneno. Droga viria do francês *drogue*, de origem controversa. Historicamente, muitas dessas substâncias são utilizadas sem grandes conseqüências pelo ser humano, e controladas pelos governos, com finalidades terapêuticas.² Em geral os termos “droga”, “entorpecente”, “estupefaciente”, “narcótico”, “psicotrópico” e “tóxico” são utilizados para designar as drogas de abuso ilícitas (Vide item 2.4 Conceitos).

Outros dizem que o termo droga tem origem numa palavra do holandês antigo, *droog*, que significava “folha seca”. Antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais, de suas folhas secas ou raízes. Geralmente o vulgo considera que existem apenas algumas poucas substâncias extremamente perigosas, chamadas drogas. Considera, também, que drogas são apenas os produtos ilegais como a maconha, cocaína e o crack. Porém, do ponto de vista de saúde, muitas substâncias permitidas podem ser igualmente perigosas, como, por exemplo, o álcool e o tabaco, que também são considerados drogas como as demais (fonte: Secretaria Nacional Antidrogas – Senad).

Hoje a medicina define como droga qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. A droga que para a medicina tem funções curativas, de trazer alívio a dores, ou, pela via química, corrigir disfunções, trazendo cura, na linguagem popular significa algo ruim ou sem boa qualidade.

¹ *Drogas de abuso*. Disponível em <<http://www.doutorbusca.com>>, acessado em 05/12/2005.

² Disponível em <<http://www.wikipedia.com>>, acessado em 20/12/2005.

Quanto à forma como são produzidas, existem drogas naturais, geralmente extraídas de plantas, drogas químicas e drogas sintéticas (produzidas em laboratórios). As de origem artificial tanto podem ser medicamentos de uso desviado e automedicados, como as elaboradas na clandestinidade, sem nenhum controle e inspeção. O álcool, o tabaco e a maconha são exemplos mais comuns de drogas obtidas diretamente de plantas. A cocaína e o crack, por exemplo, são adquiridos de uma pasta refinada a partir das folhas de coca, vegetal encontrado originalmente na América do Sul. Outras substâncias, como ecstasy e a LSD, são produzidas diretamente em laboratório. Tais drogas podem ser introduzidas no organismo de várias maneiras, sendo que a via de administração influencia nos efeitos obtidos (ingeridas, inaladas, fumadas, esfregadas no corpo, aspiradas, injetadas etc.).

2.2 Classificação

Devido ao seu alto poder de influenciar o organismo, o consumo das drogas passou aos poucos a ser objeto de cuidados pelo poder público, de forma que algumas tiveram seu uso proibido e outras sob controle mais ou menos severo, conforme o caráter morbígeno.

A classificação mais comum das drogas leva em conta sua ação fisiológica, o efeito provocado no sistema nervoso central (SNC), podendo ser estimulantes, depressoras ou alucinógenas ou perturbadoras. As drogas depressoras são: o álcool, os ansiolíticos e os opiáceos ou narcóticos. Nas drogas estimulantes temos: anorexígenos como as anfetaminas e a cocaína e seus derivados, o crack e a merla. Drogas perturbadoras se dividem em dois grupos: as vegetais, maconha, mescalina (do cacto mexicano peyote), psilocibina (de certos cogumelos) e lírio ou trombeteira. O outro grupo é composto de LSD-25, ecstasy e anticolinérgicos. O cérebro se compõe de muitos bilhões de células especializadas, os neurônios. O neurônio, ao receber um impulso pode passá-lo para muitos outros. Há uma brecha entre um e outro, a sinapse. Para o impulso nervoso seguir adiante, o neurônio libera para dentro da sinapse uma substância química, o neurotransmissor, que reage com o neurônio seguinte e lhe passa a “informação”. A maioria das drogas age nos neurotransmissores alterando a comunicação entre os neurônios. Essa ação se processa de três maneiras: estimulando a atividade do SNC, reduzindo-a ou alterando-a, donde a classificação das drogas em estimulantes, depressoras e perturbadoras (modificadoras ou alucinógenas).³

Os efeitos farmacológicos das drogas podem ser úteis ou adversos, conforme a dose administrada e a situação (efeito que se espera da droga e circunstâncias em que é consumida). Cada fármaco pode produzir efeitos de intensidade diferente conforme a sua

³ Grande parte das informações contidas neste estudo foram adaptadas de livreto produzido por Valdir Queiroz Neto, tendo como fonte o sítio <<http://www.na.org.br>>, data de acesso ignorada, a Secretaria da Justiça e Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid).

especificidade para uns ou outros receptores, e outras características.⁴ De acordo com a personalidade do usuário, o tempo de uso e a dosagem, as drogas podem ter mais de uma ação psicotrópica (ação sobre o sistema nervoso central). A maconha, por exemplo, pode ter ação depressora ou alucinógena e é classificada por alguns pesquisadores pela ação mais freqüente, a depressora. O Quadro 2.1 relaciona as principais drogas, lícitas e ilícitas, conforme os grupos a que pertencem.⁵

QUADRO 2.1 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS.

AÇÃO	GRUPO, SUBSTÂNCIAS, ALCALÓIDES	FONTES, PRINCÍPIO ATIVO, DERIVADOS	NOMES COMERCIAIS, PRODUTOS
ESTIMULANTES	Anfetaminas	Dietilpropiona	Hipoflagin, Inibex
		Fenproporex	Desobesi, Lipomax
		Mazindol	Absten, Dasten
		Metanfetamina	Pervitin
		Metilfenidato	Ritalina
		Metilenedioximetanfetamina (MDMA)	Ecstasy
	Cocaína	Cocaína, crack, merla	
	Nicotina	Tabaco	Cigarros, charutos
	Cafeína		Chá, café, mate, bebidas com sabor cola, guaraná
DEPRESSORAS	Hipnóticos	Barbitúricos	Fenobarbital, Pentobarbital, Nembutal
		Não-barbitúricos (benzodiazepínicos)	Valium, Diempax, Lexotan, Rohypnol
	Álcool etílico	Fermentados	Cerveja, vinho, champanhe
		Destilados	Uísque, cachaça, conhaque, vodka, vermute
	Opiáceos (derivados do ópio)	Ópio	Elixir paregórico
		Codeína	Belacodid, Setux, Tylex, Pambenyl
		Heroína, morfina, dextrometorfano	
	Opióides (efeitos semelhantes aos do ópio; sintéticos)	Meperidina ou petidina	Dolantina, Demerol
		Propoxifeno	Algafan, Doloxene
		Buprenorfina	Tangesic
		Nalbutina	Nubain
		Ziperol	Eritos, Nantux, Tussiflex
		Alfentanil, buprenorfina, difenoxilato fentanil, loperamida, metadona, oxicodona, remifentanil, sufentanil, tramadol	
	Solventes	Solvente de tinta, cola de sapateiro, vernizes, aerossóis, gasolina, querosene	Thinner
	Inalantes	Acetona, cola de sapateiro, esmalte de unha, fluido para isqueiro, éter, gasolina, álcool, clorofórmio, aerossóis (pinturas, spray para cabelo)	
PERTURBADORAS	Maconha	Delta-9-tetraidrocanabinol (THC)	Maconha, haxixe, skunk
	LSD		Alucinógenos propriamente ditos
	Mescalina	Cacto peyote	
	Cogumelo	Psilocibina	
	Ayahuasca		

⁴ Disponível em <<http://www.wikipedia.com>>, acessado em 20/12/2005.

⁵ Adaptado de BRANDÃO, Luiz Sávio Salgado. *Drogas: a estratégia da municipalização como instrumento de implementação da Política Nacional Antidrogas*. Monografia. Disponível em <http://www.unb.br/ceam/np3/monografias/savio_salgado.pdf>, acessado em 07/12/2005.

MURAD propõe classificação ligeiramente diferente: narcóticos, entorpecentes ou hipnoanalgésicos (opiáceos e opióides), hipnóticos ou soníferos (barbitúricos e não-barbitúricos), tranqüilizantes ou ansiolíticos, psicoanalépticos (estimulantes: anfetaminas, cocaína e anorexígenos) e psicodislépticos (alucinógenos: maconha, LSD, cogumelo).⁶

Quanto à licitude de seu uso as drogas podem ser lícitas e ilícitas. Dentre as lícitas estão a cafeína, o tabaco, bebidas alcoólicas e medicamentos em geral (anfetaminas, barbitúricos, anticolinérgicos e antidepressivos tricíclicos). Com exceção da cafeína, mesmo as drogas lícitas são controladas, de forma que a venda de bebidas alcoólicas e derivados do tabaco são vedadas a menores de idade. Medicamentos controlados exigem a prescrição médica (tarja vermelha) e alguns, além da prescrição, a retenção da receita pelo dispensário (tarja preta). Produtos de finalidades diversas que são usados como droga tais quais os inalantes (cola de sapateiro) e solventes (Thinner) também têm sua venda proibida a menores.

Drogas ilícitas ou de abuso são as psicotrópicas, que atuam sobre o cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo humano e que têm o comércio proibido porque podem causar dependência psíquica e/ou física (cocaína, crack, heroína, ecstasy, haxixe, maconha, poppers, cogumelos, ácido lisérgico – LSD). As anfetaminas, hipnóticos (barbitúricos), opiáceos e opióides tanto podem ser lícitos, quando usados como medicamentos, como ilícitos, quando usados como drogas de abuso.

2.3 Histórico

Desde a antigüidade, usavam-se drogas para fins terapêuticos, folclóricos, religioso-místicos e lúdicos, de acordo com a cultura de cada povo. Assim, há notícia de seu uso até para fins militares, mas a finalidade foi se estabelecendo cada vez mais na busca de prazer, a dominante atualmente.

Há referências à papoula em tábuas sumérias datadas de 4000 a.C. Consta que as bebidas fermentadas existem desde a pré-história. Mesmo na Bíblia há o relato de que Noé plantou a vinha e dela extraiu o vinho que o embriagou (Gênesis, IX, 20-22).

A maconha é originária da China (2737 a.C.), donde passou para a Índia (cerca de 1000 a.C., *Cannabis indica*), daí para a África, chegando ao Brasil por intermédio dos escravos cabindas, da tribo dos bantos, em 1549, com o nome de “fumo de Angola”. Foi sintetizada nos Estados Unidos em 1978.

As civilizações chinesa, egípcia, árabe, grega e romana misturava ópio à cicuta ministrada aos condenados, como forma de aliviar a dor advinda das contrações musculares provocadas pelo veneno. Seu uso abusivo, porém, ocorreu a partir do séc. XIX, dando origem à Guerra do Ópio, entre ingleses e chineses. Só em 1803 Serturmer isolou o alcalóide morfina a partir do ópio. O nome da morfina foi-lhe atribuído em honra do deus grego Morfeu, o deus do sono. Apesar de ser o mais antigo opióide a morfina ainda é dos mais usados.⁷

⁶ MURAD, José Elias. *Como enfrentar o abuso de drogas*. 3. ed. Belo Horizonte : Edição do autor, 1995.

⁷ Disponível em <<http://www.wikipedia.com>>, acessado em 20/12/2005.

A cocaína era usada pelos incas há cerca de 2.000 anos, para curar doenças, saciar a fome, aumentar o desempenho físico e como analgésico dentário, usos ainda atuais entre os povos andinos.

Os barbitúricos eram usados pelos indianos para acalmar os doentes mentais e foram sintetizados no final do séx. XIX. Usados inicialmente para combater a dor nos ataques epiléticos, foi largamente empregado durante a Primeira Guerra Mundial.

Anfetaminas, chamadas “comprimidos de energia” foram sintetizadas em 1927 nos Estados Unidos, tendo sido usadas em larga escala na Segunda Guerra Mundial.

A dietilamida de ácido lisérgico (lisergic saure diethylamid – LSD) foi descoberta em laboratório em 1938 pelo cientista Albert Hofman, do Laboratório Sandoz, na Suíça. É oriunda de um fungo que se desenvolve no esporão do trigo e do centeio e que provoca uma doença conhecida há cinco séculos, denominada pelos camponeses de “fogo de Santo Antônio”.

Embora cada época tenha tido sua "droga da moda", em geral seu uso era prerrogativa das elites. Somente a partir da Segunda Guerra Mundial houve uma "democratização" do consumo de drogas. O próprio ecstasy, tão em voga atualmente entre as elites, foi sintetizado já em 1912.⁸

2.4 Conceitos

Para a rápida compreensão de alguns termos e expressões específicos utilizados no presente trabalho, procura-se conceituá-los de forma breve, a seguir.⁹

Adicção, adicto – Adicção (do lat. *additione*, adicionamento; Aurélio) é a situação do adicto. Adicto é a pessoa cujos atos e pensamentos estão centrados nas drogas, procurando de todas as maneiras meios de conseguir mais. Sofre da inabilidade de aceitar responsabilidades pessoais, sendo incapaz de encarar a vida tal como ela é, tornando-se um escravo da droga (livreto, cit.). A definição psiquiátrica adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é “relacionada ao uso repetido de substância psicoativa, ao ponto de o usuário ser periodicamente ou cronicamente intoxicado, mostrando uma compulsão a usar a substância referida, ter uma grande dificuldade em voluntariamente parar ou modificar o uso da substância, e apresentar determinação para obtê-la por quase quaisquer maneiras”.¹⁰

⁸ BRANDÃO, cit.

⁹ Quando não indicada outra fonte, os conceitos foram extraídos do livreto produzido por Valdir Queiroz Neto, cit.; do Dicionário Eletrônico Aurélio, Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1997. CD-ROM; ou do sítio <<http://www.wikipedia.com>>, acessado em 20/12/2005.

¹⁰ MOUNTIAN, Ilana. *Questões éticas e morais do conceito de drogadição*. Trabalho apresentado no Congresso Latino-Americano de Psicanálise, Buenos Aires, Argentina, 2002. Disponível em <<http://www.adroga.casadia.org/tratamento/conceito-drogadicao.pdf>>, acessado em 30/11/2005.

Agente tóxico – Qualquer substância capaz de produzir efeito nocivo a um organismo vivo, desde danos funcionais até sua morte. Qualquer substância que seja potencialmente tóxica.¹¹

Alcalóide – Qualquer das substâncias de um extenso grupo encontrado nos vegetais, em geral nitrogenados, heterocíclicos, básicos, com pronunciada ação fisiológica sobre os animais (Aurélio). Seus nomes comuns geralmente terminam com o sufixo *ina*: cafeína, cocaína, pilocarpina, papaverina, etc. Geralmente são sólidos brancos, com exceção da nicotina e nas plantas podem existir no estado livre, como sais ou como óxidos (Wikipedia).

Alcoolismo – Também chamado dipsomania, é o estado patológico originado pelo abuso do álcool. A vítima do alcoolismo é chamado alcoólatra, alcoólico ou alcoolista. Em 1950 a OMS admitiu que o alcoólatra é um doente e como tal, requer tratamento especializado. O alcoolismo é responsável por mais da metade de todas as mortes provocadas pelas substâncias tóxicas consumidas na atualidade.

Dependência psíquica – É a condição na qual uma droga produz um sentimento de satisfação e um impulso psicológico incontrollável que requer o uso periódico ou contínuo da droga, para produzir prazer ou evitar mal-estar. Segundo alguns pesquisadores é, seguramente, o aspecto mais importante a ser considerado na toxicomania (livreto, cit.).

Dependência física ou química – Resulta do processo de adaptação do organismo à droga, da qual necessita para continuar funcionando direito e sofre com sua falta. Conjunto de distúrbios físicos quando o uso da droga é interrompido, que depende da quantidade consumida, frequência e do próprio organismo do usuário. Foi incluída pela OMS como doença, dentro de um contexto em que se observe pelo menos três dos seguintes sintomas em um período de doze meses: 1) tolerância; 2) uso da droga em quantidades cada vez maiores e por períodos cada vez superiores; 3) esforços mal sucedidos de diminuir ou controlar o uso; 4) síndrome de abstinência; 5) boa parte do tempo é gasto na procura da droga e na recuperação de seus efeitos; 6) redução das atividades sociais; 7) o uso da droga persiste apesar de problemas físicos ou psicológicos causados ou exacerbados por ela, por exemplo a úlcera alcoólica.

Dependente – V. usuário dependente.

Dependente social – Pessoa que preenche os critérios para dependência do álcool, de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10.¹²

Droga – Medicamento ou substância entorpecente, alucinógena, excitante, etc. (como, p. ex., a maconha, a cocaína), ingeridos, em geral, com o fito de alterar transitoriamente a personalidade (Aurélio). “Droga é toda substância que pode alterar o funcionamento do organismo”, ensina o professor Elisaldo Carlini (ex-Secretário de Vigilância

¹¹ *Glossário de defesa civil: estudos de riscos e medicina de desastres*. Antônio Luiz Coimbra de Castro, coordenador. 2. ed., rev. e amp. Brasília : MPO, Departamento de Defesa Civil, 1998, p. 16.

¹² BRANDÃO, cit.

Sanitária do Ministério da Saúde do governo Fernando Henrique Cardoso), uma das maiores autoridades brasileiras no assunto, fundador do Cebrid. “Droga é toda substância que, introduzida em um organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. (OMS). (livreto, cit.)

Droga ilícita, de abuso ou de recreação – Droga de abuso é qualquer substância utilizada para provocar alterações no comportamento físico e psicológico de uma pessoa sem motivo médico. Confunde-se com o conceito de droga ilícita, ou seja, toda e qualquer substância (droga) proibida por lei, pelo risco de criar dependência, uma vez que o dependente químico pode cometer ilegalidades para obter sua droga. Note-se que algumas drogas, ilícitas em determinados países (como o álcool em determinados estados muçulmanos) são permitidas e de uso corrente em países onde o seu uso é aceito culturalmente (Wikipedia).

Droga lícita – Aquela cuja comercialização e consumo não são proibidos, podendo haver controle de alguma para evitar seu uso abusivo.

Droga psicoativa ou psicotrópica – Substância natural ou sintética que, ao penetrar no organismo humano sob qualquer forma – ingerida, injetada, inalada ou absorvida pela pele – entra diretamente na corrente sanguínea, atinge o cérebro e altera o seu equilíbrio, podendo provocar reações agressivas. Pode ser lícita ou ilícita (Wikipedia). Segundo o Dicionário Aurélio, é psicotrópica a “substância medicamentosa que age sobre o psiquismo, como calmante ou estimulante, ou que provoca perturbações psíquicas”.

Entorpecente – Substância tóxica que produz estado agradável de embriaguez, e a que o organismo se habitua, vindo a tolerar doses grandes, mas que provoca a necessidade de seu uso, o qual acarreta progressivas perturbações físicas e morais; estupefaciente (Aurélio).

Epidemia – Aumento brusco, significativo e transitório da ocorrência de uma determinada doença em uma população. Quanto a área é restrita e o número de pacientes é pequeno, denomina-se surto. Pandemia é uma epidemia generalizada de amplas proporções, atingindo grande número de pessoas, em vasta área geográfica.¹³

Estupefaciente – Substância que causa estupefação, isto é, adormecimento de uma parte do corpo (de *stupe*, rad. do lat. *stupere*, 'entorpecer-se', + lat. *factione*, 'poder de fazer'), entorpecente (do lat. *stupefaciente*) (Aurélio).

Medicamento – Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Narcótico – Substância que produz narcose; que faz dormir (do gr. *narkotikós*, 'entorpecer'; Aurélio).

¹³ Glossário..., cit., p. 100 e 198.

Precursor – Substância ou produto químico desviado de suas legítimas aplicações para ser usado ilicitamente, como solvente, reagente, adulterante ou diluente, na produção, fabricação e preparação de entorpecentes e substâncias psicotrópicas.¹⁴

Redução da demanda – Conjunto de ações relacionadas à prevenção, redução de danos, tratamento, recuperação e reinserção de indivíduos que apresentem transtornos decorrentes do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas.¹⁵

Sinergismo – É a soma ou potencialização dos efeitos de certas drogas semelhantes ou diferentes, como por exemplo a ingestão de barbitúricos e álcool (livreto, cit.). É efeito do uso concomitante de várias drogas, o que caracteriza o multiusuário.

Síndrome de abstinência ou de privação – É um quadro de alterações físicas, ocasionadas pela falta da droga no organismo. Essas alterações variam de acordo com o tipo de droga, com a frequência do uso, com a quantidade utilizada e com o estado físico do usuário. Por exemplo, o alcoolista, quando privado do álcool, apresentará um quadro de síndrome com tremores, náuseas e vômitos, podendo chegar, em casos mais graves até a *delirium tremens*, coma ou morte (livreto, cit.).

Superdose ou overdose – Dose excessiva de droga capaz de provocar falência dos órgãos vitais, e até mesmo a morte do indivíduo. O usuário perde o controle das doses em busca de maiores efeitos e pode morrer acidentalmente. Pode ocorrer, ainda, quando se consomem drogas de fornecedores diversos e, portanto, de “qualidade” distinta, pela diferença na concentração do princípio ativo (livreto, cit.).

Tolerância – É a adaptação do organismo ao consumo da droga, obrigando o usuário a aumentar a dosagem para obter os mesmos resultados. É a necessidade de doses cada vez maiores da droga para se conseguir o efeito pretendido (livreto, cit.).

Tolerância cruzada – Quando o uso contínuo de uma droga leva a estabelecer-se uma tolerância não somente a ela, mas também a outras drogas similares ou não.

Traficante – Indivíduo que comercializa produtos ilegais.

Tóxico – Substância nociva ao organismo. Quando absorvida pelo ser vivo animal ou vegetal, pode causar envenenamento.¹⁶ Que tem a propriedade de envenenar. Veneno, peçonha [do gr. *toxikón* (cs; subentende-se *phármakon*), 'veneno que convém ao arco ou à flecha', pelo lat. *toxicu*; Aurélio]. (V. veneno).

Toxicologia – Ramo da farmacologia que estuda os tóxicos. A lista das substâncias que podem ocasionar alteração orgânica mais ou menos grave, e em muitos casos a

¹⁴ Portaria nº 1.274/2003, do Ministro da Justiça. Disponível em <<http://www.dpf.gov.br/centrais/siproquim/legis>>, acessado em 28/12/2005.

¹⁵ BRANDÃO, cit.

¹⁶ Glossário..., cit., p. 259.

morte, é bastante extensa e nela se incluem agentes das mais diversas procedências. Dentre os mais conhecidos destacam-se os seguintes grupos: 1) metais pesados, como chumbo, mercúrio e cádmio, que provocam graves intoxicações e doenças; 2) compostos químicos, inorgânicos e orgânicos, como cianetos de sódio e potássio, derivados do flúor, cloro, fósforo, arsênio, monóxido de carbono, óxidos de nitrogênio, metanol etc.; 3) pesticidas e produtos da indústria química, muitos deles com efeito incapacitante ou letal a longo prazo, por se acumularem em certos tecidos; 4) certos remédios em determinadas doses ou em circunstâncias específicas, alguns dos quais podem provocar malformações no feto e outros problemas graves; 5) estupefacientes e substâncias afins, como o ópio e seus derivados, a cocaína etc.; 6) toxinas bacterianas, como as do botulismo, tétano ou difteria; 7) venenos vegetais, procedentes sobretudo de fungos e muitas plantas herbáceas; e 8) venenos animais, principalmente os de ofídios, certos peixes e alguns aracnídeos, moluscos e celenterados (medusas). As intoxicações chamadas de crônicas podem se dar a longo prazo, por venenos cumulativos, em razão da elevada solubilidade nos lipídios, pois se acumulam nesses tecidos em razão da ingestão ou absorção repetida em doses freqüentes, ainda que muito pequenas.¹⁷

Usuário - Em se tratando de drogas ilícitas, indivíduo que as consome. Pode ser ocasional, intensivo (a maior parte) ou compulsivo.

Usuário eventual ou ocasional – Aquele que consome a droga de forma esporádica.

Usuário intensivo – O que consome a droga com maior freqüência, em processo de tolerância e dependência.

Usuário dependente – Indivíduo que foi acometido de dependência química ou física pelo uso abusivo de drogas psicotrópicas.

Veneno – Substância que altera ou destrói as funções vitais; peçonha; tóxico (do lat. *venenū*; Aurélio). Substância que pode causar transtornos funcionais e estruturais provocadores de danos ou até de morte, mesmo que absorvida em pequenas quantidades pelo homem, plantas ou animais.¹⁸ Qualquer substância tóxica, seja ela sólida, líquida ou gasosa, que possa produzir qualquer tipo de enfermidade, lesão, ou alterar as funções do organismo ao entrar em contato com um ser vivo, por reacção química com as moléculas do organismo. A diferença entre uma substância venenosa e uma substância farmacêutica (V. medicamento) é a dose administrada ou acumulada no corpo mas, em geral, um veneno é mortal em determinada dose e sem qualquer função terapêutica. Os venenos podem ser de origem mineral (arsênico ou mercúrio), vegetal (a cicuta ou algumas plantas venenosas; as plantas medicinais, como a *Atropa beladonna*, contêm substâncias tóxicas que são venenos em determinadas quantidades), animal (veneno de serpentes, abelhas, por exemplo) e artificial (muitas das substâncias sintetizadas na

¹⁷ Nova Enciclopédia Barsa, Barsa Planeta Internacional, São Paulo, 2002, v. 14, p. 142.

¹⁸ Glossário..., cit., p. 270.

indústria, como o ácido sulfúrico, ou o monóxido de carbono do escapamento dos automóveis). (Wikipedia). (V. tóxico).

2.5 Análise comparativa das drogas

Nos Quadros 2.2 e 2.3 compara-se as drogas em geral e as drogas de abuso ilícitas quanto às suas características principais, em especial os efeitos clínicos de seu uso.¹⁹

QUADRO 2.2 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS EM GERAL.

TIPO	DROGAS EM GERAL - CARACTERÍSTICAS					
ÁLCOOL ETÍLICO-ETANOL	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Bebidas alcoólicas fermentadas (cerveja, vinho) e destiladas (uísque, cachaça, conhaque), anti-sépticos bucais	Grãos e frutas	350 ml, 45 ml, 90 ml	Oral	Relaxamento (depressão dos reflexos), quebra das inibições, euforia, depressão, letargia, diminuição da consciência, diminuição do controle motor	2-4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização médica
	Estupor, náusea, inconsciência, intoxicação, ressaca, insônia, coma, morte	Alto	Moderado	Sim	Obesidade, impotência, psicose, úlceras, subnutrição, danos cerebrais e hepáticos, morte	Nenhuma
ALUCINÓGENOS	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	DMT, escopolamina, LSD, mescalina, noz-moscada, psilocybina, STP	Sintética, mimbro (planta), cactus, moscadeira, cogumelo	Variável, 5 mg, 150-200 mg, 350 mg, 400 mg, 25 mg	Oral, inalável, injetável, nasal	Alteração da percepção, especialmente visual, aumento da energia, alucinações, pânico	Variável
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização médica
	Ansiedade, alucinações, exaustão, psicose, tremores, vômito, pânico	Baixo	Nenhum	Sim	Aumento de ilusões e de pânico, psicose	O LSD e a psilocybina foram testados no tratamento do alcoolismo, drogas, doenças mentais e enxaquecas
ANFETAMINAS	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Benzedrina, dexedrina, methedrina, preludin	Sintética	2,5-5 mg	Oral, injetável	Aumento da atenção, excitação, euforia, diminuição do apetite	1-8 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização médica
	Inquietação, discurso apressado, irritabilidade, insônia, desarranjos estomacais, convulsões	Alto	Nenhum	Sim	Insônia, excitação, problemas dermatológicos, subnutrição, ilusões, alucinações, psicose	Na obesidade, depressão, fadiga excessiva, distúrbios do comportamento infantil

¹⁹ Adaptado de vários sítios especializados sobre drogas, como <<http://www.antidrogas.com.br>> e <<http://www.fortunecity.com>>, acessados entre 05 e 07/12/2005.

QUADRO 2.2 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS EM GERAL (cont.).

TIPO	DROGAS EM GERAL - CARACTERÍSTICAS					
ANTIDEPRESSIVOS	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Tofranil, ritalina, Tryptanol	Sintética	10-25 mg	Oral, injetável	Alívio da ansiedade e da depressão, impotência temporária	12-14 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização médica
	Náusea, hipertensão, perda de peso, insônia	Baixo	Nenhum	Sim	Estupor, coma, convulsões, insuficiência cardíaca congestiva, danos ao fígado e aos glóbulos brancos, morte	Ansiedade ou supersedação, distúrbios do comportamento infantil
BARBITÚRICOS	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Doriden, hidrato de cloral, fenobarbital, Nembutal, Saconal	Sintética (pó branco, líquidos, cápsulas, tabletes)	400 mg, 500 mg, 50-100 mg	Oral, injeção intramuscular e intravenosa	Relaxamento (supressão da ansiedade), euforia, diminuição da consciência (diminuição da acuidade visual, anestesia, sedação), tontura, coordenação prejudicada, sono, depressão do sistema cardiovascular	4-8 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização médica
	Discurso "borrado", mal articulado, estupor, ressaca, morte	Alto	Alto	Sim	Sonolência excessiva, confusão, irritabilidade, graves enjões pela privação	Insônia, tensão e ataque epilético
CAFEÍNA	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Cafê, chá, refrigerantes	Grão de café, folhas de chá, castanha	1-2 xícaras, 300 ml	Oral	Agitação, irritabilidade, insônia, perturbações estomacais	2-4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Agitação, insônia, enjão	Alto	Alto	Não	Agitação, irritabilidade, insônia, perturbações estomacais	Supersedação e dor de cabeça
COCAÍNA	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Cocaína	Folhas de coca	Variável	Nasal, injetável	Sensação de autoconfiança, vigor intenso	4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Irritabilidade, depressão, psicose	Alto	Alto	Não	Danos ao septo nasal e vasos sanguíneos, psicose	Anestésico local
INALANTES	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Aerossóis (éter), colas, nitrato de amido, óxido nitroso, cheirinho da lolô, lança-perfume	Sintética	Variável	Inalável	Relaxamento, euforia, coordenação prejudicada	1-3 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Estupor, morte	Alto	Nenhum	Possível	Alucinações, danos ao cérebro, aos ossos, rins e fígado, morte	Dilatação dos vasos sanguíneos, anestésico leve

QUADRO 2.2 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS EM GERAL (cont.).

TIPO	DROGAS EM GERAL - CARACTERÍSTICAS					
CANABINÓIDES	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Haxixe, maconha, THC	Cannabis, sintética	Variável	Inalável, oral, injetável	Relaxamento, quebra das inibições, alteração da percepção, euforia, aumento do apetite	2-4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Pânico, estupor	Moderado	Moderado	Não	Fadiga, psicose	Tensão, depressão, dor de cabeça, falta de apetite
NARCÓTICOS	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Codeína, Demerol, metadona, morfina, ópio, Percodan	Papoula de ópio, sintética	15-50 mg, 50-150 mg, 05-15 mg, 10 mg	Oral, injetável, nasal	Relaxamento, alívio da dor e da ansiedade, diminuição da consciência, euforia, alucinações	4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Estupor, morte	Alto	Alto	Sim	Letargia, prisão de ventre, perda de peso, esterilidade e impotência temporária, enjôos pela privação	Tosse, diarreia, analgésico, combate à heroína
NICOTINA	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Cachimbos, charutos, cigarro, rapé	Folhas de tabaco	Variável	Inalável, oral	Relaxamento, contração dos vasos sanguíneos	1/2-4 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Dor de cabeça, perda de apetite, náusea	Alto	Alto	Sim	Respiração prejudicada, doença pulmonar e cardiológica, câncer, morte	Nenhuma (usado em inseticida)
TRANQUILIZANTES	Nome	Origem	Quant. Média ingerida	Forma ingestão	Efeitos a curto prazo (quantidade média)	Duração
	Dienpax, Librium, Valium, Lexotam Lorax	Sintética (pó cristalino de várias cores, cápsulas, líquidos)	5-30 mg, 5-25 mg, 10-40 mg	Oral	Alívio da ansiedade e da tensão, supressão das alucinações e da agressão, sono, letargia, fadiga, boca seca, incoordenação motora	12-24 horas
	Efeitos a curto prazo (grandes quantidades)	Risco de dependência psicológica	Risco de dependência física	Tolerância	Efeitos a longo prazo	Utilização Médica
	Sonolência, visão perturbada, discurso "borrado", reação alérgica, estupor, depressão	Moderado	Moderado	Não	Destruição de células sanguíneas, icterícia, coma, morte	Tensão, ansiedade, psicose, alcoolismo

QUADRO 2.3 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS.

TIPO	DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS - CARACTERÍSTICAS				
COCAÍNA	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Pó branco, cristalino com sabor amargo e dormente; pequena pedra branca (crack); pasta amarelada (merla)	Estimulante. Alcalóide da folha do arbusto de coca. É consumido na forma de cloridrato. Apresenta-se sob a forma de um pó branco com microcristais. Crack, coca, cocaetilen (cocaína + álcool)	Cheirada. Injetada (dissolvida em água). Fumada em cigarros.	(misturada) Anfetaminas, manitol, laxantes diversos, aspirinas, gelocatil, caféina, vitamina C, lidocaína, bicarbonato de sódio, heroína.	Aceleração, rapidez de pensamento, hiperatividade, dilatação das pupilas; depressão respiratória; paranóia; euforia; depressão; sedação, impressão de clareza mental, sensibilidade erótica, supercomunicação, evita a fadiga e não permite que haja a sensação de fome.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	Entre 20 a 40 minutos (uma raia).	Palpitação, insônia, ansiedade, cansaço, depressão, irritabilidade, paranóia, rompimento dos capilares nasais, enxaqueca, tremores, náuseas e vômitos.	Para aumentar a capacidade de trabalho, tranoitar, ganhar autoconfiança, comunicar-se socialmente e promover o desejo erótico.	Coca, neve, branca, farinha, tema, material, cor, perigo, pó.	
HEROÍNA	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Pó branco, marrom, ou preto, injetáveis, cápsulas, tabletes	Sedante. Opiáceo (como a morfina e a codeína). Pó branco e cristalino obtido da morfina, que por sua vez é o alcalóide extraído de certas papoulas (<i>Papaver somniferum</i>).	Cheirada. Injetada (dissolvida em água). Fumada (cachimbo).	Estricnina, talco, bicarbonato.	Sensação de grande prazer corporal, como um orgasmo por todos os poros, seguido de um período prolongado de sensação de dormência e indiferença pelo mundo exterior. Analgesia, vertigens, sedação, fraqueza, euforia, supressão da dor, náusea.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	Depende da dose. Normalmente, depois do flash, por mais duas horas.	Sono, grande prejuízo aos órgãos internos, dores musculares e nos ossos, temores, calafrios, diarreia, vômitos, ansiedade, possibilidade de infecções e morte por envenenamento.	Para relaxar, fugir da realidade, desconectar-se dos problemas, fazer viagens introspectivas, abandonar-se ao prazer físico.	Horse, cavalo branco, marrom, brown sugar, pó.	
ANFETAMINAS - METANFETAMINAS	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Formas de cristais, pó grosso, cápsulas e tabletes de vários tamanhos e cores	Estimulante. Criada em laboratório em 1890. A primeira anfetamina propriamente dita surgiu em 1919. São obtidas em cápsulas, tabletes ou pó cristalino amarelado.	Via oral, cheirada (speed), fumada ou injetada.	Não são comumente misturadas. Se isso é feito, normalmente o é com os mesmos produtos utilizados com a cocaína.	Sensação de ansiedade, euforia e poder. Excitação, facilidade de comunicação, superconfiança em si mesmo, energia extra, falta de apetite, taquicardia, palpitações, e arritmias; hipertensão; sedação; depressão; paranóias e alucinações.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	De 1 a 4 horas	Palpitações, enxaqueca, suores, distorção da vista, temores, desmaios, falta de coordenação e risco de colapso físico.	Tradicionalmente, para estudar noites inteiras sem dormir e em esportes. Atualmente, para andar e dançar ininterrompamente nos fins de semana.	Anfetás, speed, dexys, cristal, espitaco, velocidade, rebite, ice	

QUADRO 2.3 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS (cont.).

TIPO	DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS - CARACTERÍSTICAS				
ECSTASY	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Pílulas, comprimidos	Alucinógeno. MDMA (metilenedioximetanfetamina), MDE (happy ou super ecstasy), PCP (phencyclidine, fenciclidina). Derivado anfetamínico conhecido por ser a primeira droga de "design", formulada para ser anti-hemorragico, antigamente usada como anti-depressivo. Em forma de pastilha.	Via oral, com muita água.	Saem já misturados do laboratório com excipiente. Cafeína ou anfetaminas.	Alucinações visuais e auditivas. Sensibilidade exacerbada. Promoção de erotismo. Vontade de dançar, mover e tocar o corpo. Hipercomunicatividade.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	De 4 a 8 horas.	Suores, desidratação, tremores, falta de coordenação, insônia, perda da fome, aceleração cardíaca, desmaios, colapso, prejuízo dos mecanismos dependentes de serotonina, risco de hipertermia.	Dançar sob luzes coloridas e aproveitar o prolongado fim de semana das raves. Aumentar a sensibilidade visual e auditiva. Sentir um erotismo epidérmico singular.	Pílula, pasti, pastilha, rula, chufra, droga do amor, ram, rom, X, E, lacasitos...	
HAXIXE	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Líquido viscoso (óleo de haxixe)	Canabinóide alucinógeno. Princípio ativo: THC. Elaboração a partir do pólen da planta da <i>Cannabis</i> . Originário da Ásia, de onde vem o nome, equivalente a "assassino".	Fumado em rolo, comido em pastilhas, misturado a comidas e bebidas, bebida em infusão.	Com haxixe de má qualidade, maisena, leite condensado, etc.	Em excesso, distorções sensoriais (perda da noção de tempo e espaço), alucinações auditivas, visuais, de paladar e de olfato, apatia; diminuição da coordenação motora; taqui-cardia. Normalmente, relaxa e aguça os sentidos. Abre de forma brutal o apetite (larica).
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	Depende da qualidade. Habitualmente, entre uma e duas horas.	Principalmente entre os principiantes, dor de cabeça, vômitos, desmaios, enjoos, desorientação.	Para aliviar o stress, relaxar, fazer sexo, escutar música, fazer trabalhos manuais.	Merda, chocolate, custo, fly, porra, canudo, bagulho, joint, coisa...	
MACONHA	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Folha seca, Cigarro preparado	Canabinóide alucinógeno. Princípio ativo: THC. Elaborada com as folhas e ramos da planta da <i>Cannabis</i> . Normalmente cultivada em países tropicais.	Fumada em rolos, cachimbo ou nargil.	Não é normalmente misturada, a não ser com outras ervas.	Riso descontrolado, pequenas alucinações visuais, auditivas e, em geral, de todos os sentidos (perda da noção do tempo e espaço), apatia, diminuição da coordenação motora, taquicardia. Favorece a comunicação e melhora o estado de ânimo. Apetite voraz (larica).
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	Aproximadamente uma hora.	Enjoos, vômitos, desmaios, perdas de memória de curto prazo, confusão mental.	Droga muito social. Para estar com amigos, para sair de festa, para ir a shows.	Maria, erva, maria-joa-na, marihuana, fumi-nho, bagulho, ganja, erva e vários equivalentes ao haxixe.	

QUADRO 2.3 SÍNTESE COMPARATIVA DAS DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS (cont.).

TIPO	DROGAS DE ABUSO ILÍCITAS – CARACTERÍSTICAS				
POPPERS	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Líquido inalável, apresentado em frascos.	Estimulante. Nitrito de amido. Usado no século XIX para aliviar a angina de peito.	Por inalação.	Não é misturado.	O famoso popperazo antes do clímax sexual: descontrole cardíaco, enjôo, abertura do esfíncter anal. Induz orgasmos explosivos.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	De 10 a 30 segundos.	Enjôos, lesões cardíacas e, diz-se, pode provocar o sarcoma de Kaposi em aidéticos.	Para o sexo. É inalado no momento que antecede o orgasmo.	Poppers.	
LSD	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	Cristal branco, impregnado em folha de papel (micro pontos), cápsula, tablete. Líquido, gelatina ou pastilha.	Alucinógeno. Ácido lisérgico dietilamina. Sintetizado a partir do esporão do centeio por Hoffman na década de 40.	Via oral.	Existe uma certa lenda sobre misturas com estricnina.	Alucinações pesadas visuais, auditivas, gustativas (salivação) e tácteis. Verdadeiras "viagens cósmicas" (euforia). Perda do ego e da noção da realidade, dilatação da pupila, elevação da temperatura do corpo, ataque de pânico, tremores.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	De 6 a 14 horas.	Depressão, suicídio, estados psicóticos, flashbacks.	Por pessoas com problemas pessoais, como busca de respostas. Também, no plano lúdico, para induzir "viagens" com grupos de amigos.	Tripi, trip, secante, microponto, vulcão, budas, OMS, ying-yangs, ácido, ou qual-quer relacionado às ilustrações no comprimido.	
COGUMELOS	Aspecto	Descrição	Administração	Adulteração	Efeitos clínicos
	<i>In natura</i> . Os sintéticos podem ser encontrados em cápsulas.	Alucinógenos. Existem vários usados: psilocybes, peyot ou mescal, amanita, etc. Os produtos sintetizados são psilocibina e mescalina.	São ingeridos diretamente ou se bebem em infusão.	Não se mistura.	Alucinações sensoriais e viagens parecidas com as induzidas por LSD.
	Duração	Efeitos secundários	Finalidade	Gíria	
	Normalmente mais que 8 horas.	Depressão, ressaca, secura na boca, dor de cabeça, fotofobia, risco de reações alérgicas.	Para experimentar outros universos diferentes ou para viajar em cores coletivamente.	Cogu.	

O Quadro 2.4 mostra o poder destrutivo das principais drogas de abuso, lícitas e ilícitas.

QUADRO 2.4 PODER DESTRUTIVO DAS DROGAS.

O PODER DE CADA DROGA ²⁰				
Substância	Acessibilidade	Poder de vício **	Letalidade	Precocidade***
Nicotina	Grande	80	Alta	15,5
Heroína	Pequena	35	Média	19,5
Cocaína	Média	22	Alta	21,9
Sedativo*	Média	13	Média	19,5
Estimulante*	Média	12	Alta	19,3
Maconha	Média	11	Baixa	18,4
Alucinógeno	Grande	9	Baixa	18,6
Analgésico*	Média	7	Média	21,6
Álcool	Grande	6	Média	17,4
Tranquilizante*	Média	5	Média	21,2
Inalante	Grande	3	Média	17,3
* Uso não-médico de substâncias psicoativas ** Porcentagem de usuários que se tornam dependentes *** Idade do primeiro uso, em anos				

No Quadro 2.5 observa-se o tempo de duração da ação das principais drogas no organismo humano.²¹

QUADRO 2.5 TEMPO DE AÇÃO DAS DROGAS NO ORGANISMO.

DURAÇÃO DE AÇÃO DAS PRINCIPAIS DROGAS NO ORGANISMO	
DROGA	DURAÇÃO DA INTOXICAÇÃO
Opióides	3 a 6 horas
Cocaína - inalada	1 a 2 horas
Cocaína - Crack	30 minutos a 1 hora
Anfetamínicos	4 a 72 hora
Benzodiazepínicos (em média)	4 a 8 horas
Maconha	2 a 4 horas
LSD	8 a 12 horas

²⁰ Características de cada substância, nos Estados Unidos, em 2001. Fonte: Pesquisa Doméstica Nacional sobre Uso de Drogas 2001, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos - Revista Super Interessante. Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br/resumo.php>>, acessado em 15/12/2005.

²¹ Disponível em <<http://www.eurocare.org/bluecross>>, acessado em 03/10/2005.

2.6 FATOS SOBRE ALGUMAS DROGAS²²

2.6.1 Álcool

Presente nas bebidas alcoólicas em geral²³, o álcool etílico ou etanol é a principal porta de entrada às drogas ilícitas e uma das causas mais importantes de violência e acidentes. Um alcoólatra é definido como a pessoa que bebe regularmente uma ou mais bebidas por dia (uma dose de uísque, uma garrafa de cerveja ou dois copos de vinho). Casos crônicos levam o usuário a misturar álcool puro com limão, o que chamam de “bomba”; outros, mais graves, levam ao consumo de álcool diluído em água.

O quadro clínico do alcoólatra pode apresentar, no aspecto físico, as seguintes enfermidades: cirrose, pancreatite, atrofia cerebral, miocardiopatias. Psicologicamente podem advir sintomas de culpa, ansiedade, depressão, insônia, rebaixamento da auto-estima, irritabilidade e amnésia. O abuso do álcool implica em alterações de caráter teratogênico, como prematuridade, morte no berço (SIDS), síndrome de abstinência fetal e de bebê pequeno (PIG).

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo, que pode levar anos para se estabelecer. Da mesma forma, as consequências orgânicas podem demorar anos para aparecer, muitas das quais são irreversíveis. (livreto, cit.). A síndrome de abstinência no uso crônico provoca o efeito conhecido como *delirium tremens*, que consiste em confusão mental, alucinações táteis e visuais acompanhada de tremores intensos, podendo ocorrer a morte por desequilíbrio hidroeletrólítico do corpo.

Tomado em pequena quantidade, o álcool é um *estimulante*. Uma vez que deprime centros cerebrais que comandam o julgamento, senso de responsabilidade e integridade moral, libera os centros da inibição. Com a coordenação motora diminuída, o embriagado sofre perda do equilíbrio e estabilidade postural. A concentração e a memória ficam afetadas pelo uso contínuo da droga. Os alcoólatras apresentam um encolhimento cerebral por causa da destruição

²² Disponível na internet, adaptado dos sítios <<http://www.doutorbusca.com>> (fonte: <<http://www.farmacia.med.br>>), acessado em 20/12/2005.

²³ O Decreto nº 2.314/1997, que regulamentou a Lei nº 8.918/1994, que “dispõe sobre a padronização, a classificação, o registro, a inspeção, a produção e a fiscalização de bebidas”, na redação dada pelo Decreto nº 3.510/2000, estipula, em seu art. 10, § 2º, que “bebida alcoólica é a bebida com graduação alcoólica acima de meio e até cinquenta e quatro por cento em volume, a vinte graus Celsius”. Já a Lei nº 9.294/1996, que “dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal”, em seu art. 1º, parágrafo único, esclarece que “consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta Lei, as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a treze graus Gay Lussac.” Disponível em <<http://www.planalto.gov.br>>, acessado em 26-12-2005. A divergência é incompreensível, uma vez que se supõe terem ambas as normas utilizado a escala Gay Lussac (GL), que adota o sistema centesimal para graduação alcoólica.

de células, o que afeta o desempenho intelectual do indivíduo, com perda de memória, demência e depressão.

O alcoolismo é um dos mais sérios problemas de saúde pública, sendo a terceira causa de aposentadoria por invalidez; a segunda de doenças mentais; e a maior causa de perda do trabalho, de acidentes de trânsito, de conflitos familiares, violência etc.

O indivíduo é considerado alcoolizado se estiver com taxa a partir de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue. A taxa de álcool no sangue varia de acordo com o peso, altura e condições físicas de cada um. Com 0,6 g/litro de sangue, o risco de acidente é 50% maior. Com 0,8 g/litro de sangue, o risco de acidente é 4 vezes maior. Com 1,5 g/litro de sangue, o risco de acidente é 25 vezes maior. Quando a taxa de álcool no sangue atinge 5% o indivíduo provoca acidentes no trânsito, no trabalho e em casa; com 15% temos o bêbado alegre, galhofeiro, sem inibição, sem timidez – vira palhaço; com 20% surge a valentia ridícula e ele quer brigar, embora mal se sustente em pé; com 30% o indivíduo cai; com 40% torna-se inconsciente e insensível, apaga-se; com 50% morre.

O suicídio é 58% maior em alcoólatras do que no resto da população e entre 30% a 40% dos acidentes de trabalho são decorrentes do uso do álcool. No domingo, dia do auge étlico semanal no Brasil, cambaleiam pelo país de 12 a 15 milhões de bêbados. Estima-se que 9% das mulheres e 15% dos homens no país sejam alcoólatras (Cebrid).

Durante muitos anos, o consumo da maconha foi considerado como o primeiro estágio da dependência química. Depois de fumar cigarros preparados com a erva, a pessoa passaria a usar drogas cada vez mais pesadas e em maior quantidade. As recentes pesquisas, porém, descartam essa tese, batizada de Teoria da Escalada. O resultado dos estudos e a própria experiência dos médicos demonstram que o problema começa de outra forma: no consumo de bebidas alcoólicas.

“Não há dúvida de que a porta de entrada da dependência é o álcool”, garante o chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), professor Arthur Guerra de Andrade. Como a bebida é socialmente aceita, as doses a mais raramente são consideradas um problema, mas apenas um deslize passageiro. Esse desprezo é incorreto e perigoso, garantem especialistas, principalmente quando ocorre na adolescência (livreto, cit.).

2.6.2 Anabolizantes

São drogas relacionadas ao hormônio masculino testosterona, fabricado pelos testículos. Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que, por algum motivo patológico, tenha ocorrido um déficit. Além do uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos e por esse motivo são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar a performance e a aparência

física. Segundo especialistas, o problema do abuso dessas drogas está com aquela “pessoa pequena que é infeliz em ser pequena”. Esse uso estético não é médico, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde. Está na moda atualmente o GHB ou gamahidroxibutirato.

Os anabolizantes podem ser tomados na forma de comprimidos ou injeções e seu uso ilícito pode levar o usuário a utilizar centenas de doses a mais do que aquela recomendada pelo médico. No Brasil não se tem estimativa deste uso ilícito, mas sabe-se que o consumidor preferencial está entre 18 a 34 anos de idade e em geral é do sexo masculino. A droga é vendida em academias e farmácias. Muitas das substâncias vendidas como anabolizantes são falsificadas e acondicionadas em ampolas não esterilizadas, ou misturadas a outras drogas.

Seus efeitos são tremores, acne severa, retenção de líquidos, dores nas articulações, aumento da pressão sanguínea, DHL baixo (a forma boa do colesterol), icterícia e tumores no fígado. Além desses, aqueles que se injetam correm o risco de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da Aids ou hepatite. O abuso de anabolizantes pode causar, ainda, uma variação de humor incluindo agressividade e ira. No homem os testículos diminuem de tamanho, a contagem de espermatozóides é reduzida, podendo causar impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata. Na mulher, provoca crescimento de pêlos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clítoris, voz grossa, diminuição de seios. Se o usuário for adolescente pode ocorrer maturação esquelética prematura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico.

2.6.3 Anfetaminas

Anfetaminas são drogas sintéticas, fabricadas em laboratório. São estimulantes da atividade do sistema nervoso central, isto é, fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais “acesas”, “ligadas” com “menos sono”, “elétricas”. São conhecidas como “bolinhas” por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que costumam fazer regimes de emagrecimento, sem o acompanhamento médico. São chamadas de “rebites” entre os motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descanso.

As anfetaminas agem de uma maneira ampla afetando vários comportamentos do ser humano. A pessoa sob sua ação tem insônia, excitabilidade, alucinações, delírios, sensação de força, chegando até a mudanças de personalidade, perde o apetite, sente-se cheia de energia e fala mais rápido ficando “ligada”. Assim, o motorista que toma o “rebite” para não dormir, o estudante que ingere “bolinha” para varar a noite estudando, um obeso que as engole regularmente para emagrecer ou ainda uma pessoa que se injeta com uma ampola de Pervitin ou com comprimidos dissolvidos em água para ficar “ligadão”, estão na realidade tomando drogas anfetamínicas.

A pessoa que toma anfetaminas é capaz de executar uma atividade qualquer por mais tempo, sentindo menos cansaço. Este só aparece horas mais tarde quando a

droga já se foi do organismo. Se nova dose é tomada as energias voltam, embora com menos intensidade. De qualquer maneira as anfetaminas fazem com que um organismo reaja acima de suas capacidades, exercendo esforços excessivos, o que logicamente é prejudicial para a saúde. Ao parar de tomar a droga o usuário sente uma grande falta de energia, ficando bastante deprimido e não consegue nem realizar as tarefas que normalmente executava antes do uso da droga.

Um dos seus efeitos físicos é a ação sobre a pupila, produzindo dilatação. Este efeito é prejudicial para os motoristas, pois à noite ficam ofuscados pelos faróis dos veículos que trafegam em direção contrária. Causa taquicardia e aumento da pressão sangüínea, podendo haver sérios prejuízos à saúde das pessoas que já têm problemas cardíacos ou hipertensão, que façam uso prolongado dessas drogas sem acompanhamento médico.

Se uma pessoa exagera na dose, todos os efeitos acima descritos ficam acentuados e podem começar a aparecer comportamentos diferentes do normal: ela fica mais agressiva, irritadiça, começa a suspeitar de que outros estão tramando contra ela, o chamado delírio persecutório. Dependendo do excesso da dose e da sensibilidade da pessoa, pode aparecer um verdadeiro estado de paranóia e até alucinações. Por exemplo, o motorista começa a ver objetos ou outro carro vindo em sua direção e freia bruscamente. É a psicose anfetamínica. Os sinais físicos ficam também muito acentuados. Essas intoxicações são graves e a pessoa geralmente precisa ser internada até a desintoxicação completa. Às vezes durante a intoxicação a temperatura aumenta muito e isto é bastante perigoso pois pode levar a convulsões.

As anfetaminas e metanfetaminas são neurotóxicas em doses duas ou três vezes superiores à dose mínima necessária para produzir efeitos psicológicos. Com seu uso contínuo, a incapacidade de experimentar prazer pode se dar devido à morte de neurônios. Causa inibição do centro da fome, exacerba a vigília e promove insônia, aumento de pressão arterial e AVC (acidente vascular cerebral).

Quando uma anfetamina é continuamente tomada por uma pessoa, esta começa a perceber com o tempo que a droga faz a cada dia menos efeito. Assim, para obter o que deseja, precisa ir tomando a cada dia doses maiores. É o fenômeno de tolerância, ou seja, o organismo acaba por se acostumar ou ficar tolerante à droga.

2.6.4 Cocaína

Uma das drogas mais usadas é a cocaína, extraída das folhas de *Erythroxylon coca*, vulgarmente chamada de coca ou epadu. Chega ao consumidor como um pó branco super-refinado, que é aspirado ou dissolvido em água para ser usada via injetável (“pico”).

A cocaína básica é adulterada pela mistura de várias substâncias. Os adulterantes mais comuns da cocaína são: pó de mármore, açúcares, cafeína, talco e sais de baixo custo, como bicarbonato de sódio e sulfato de magnésio, sendo que os teores de cocaína podem

variar entre 15 a 90%. Ocorre com frequência misturas como a “colombiana” (cocaína com maconha), “bazuko” (cocaína com maconha) e “mesclado” (crack com maconha) entre poliusuários. Observa-se nas farmácias a venda de bicarbonato, hidratante em pó e matricária para dentição infantil para misturar ao pó.

Classifica-se no grupo dos estimulantes, principais causas de adicção e morte, dividindo com o álcool a maioria das emergências médicas. É responsável por 18% de mortes no trânsito. Mais de 70% dos criminosos indiciados testam positivo para cocaína. Seus efeitos psiquiátricos são depressão, pânico, paranóia e comportamento anti-social. Os sintomas são pupilas dilatadas, excitação, hiperatividade, insônia e falta de apetite.²⁴

Como efeitos clínicos, a cocaína provoca febre, devido ao aumento da produção de calor, desmaios, suores frios, calafrios, vômitos e diarreia. Finalmente, parada cardíaca acompanhada de morte súbita. Os efeitos imediatos da administração de cocaína manifestam-se, em geral, por um estado de euforia, bem-estar, desinibição, loquacidade, liberação crítica, resistência ao trabalho, perda de apetite, insônia, ansiedade e nervosismo. Fadiga e depressão também podem ocorrer após estados de estimulação muito intensa, inspirando nova administração. Pode causar, ainda, pneumonia pela inalação do crack, perfuração do septo nasal, endocardite, taquicardia, arteriosclerose prematura, fibrose, hemorragia pulmonar, epilepsia, psicose maníaco-depressiva, disfunção menstrual e ginecomastia.

Além desses efeitos, são comuns: convulsões semelhantes a crises epiléticas, seguida de alucinações tácteis. Estas alucinações constituem-se de uma sensação de insetos estarem rastejando sobre a pele. Isso pode fazer com que o indivíduo venha a tentar livrar-se dos supostos parasitas, causando ulcerações na pele. Além das alucinações tácteis, as visuais e auditivas também são observadas. Muitas vezes o comprometimento da percepção visual do usuário desta droga representa um sério perigo caso este esteja conduzindo qualquer veículo.

Tem como efeitos teratogênicos (gestação) a possibilidade de aborto espontâneo, prematuridade, síndrome fetal, malformações, infarto, lesão cerebral e morte no berço. Além disso, o recém-nascido pode apresentar comprometimento neurológico e ter manifestações comportamentais diferentes, como chorar de forma inconsolável. Tem-se observado baixo rendimento escolar em crianças nascidas de mães dependentes da cocaína.

As drogas em geral inicialmente atuam sobre os centros que controlam a censura, por isto a pessoa fica mais extrovertida. Os efeitos da cocaína vão variar de intensidade e duração, conforme a via de administração que o usuário faz. Fortíssimo estimulante do sistema nervoso central, atinge rapidamente o cérebro, produzindo uma resposta intensa, sendo muito procurada como droga de abuso. Causa uma forte dependência psicológica. A pessoa usa e entra num estado de agitação, denominado mania. À medida que o efeito da droga vai passando, este

²⁴ BAUMEIER, Michele Valeska Méndez e FLEMMING, Diva Marília. *Antidoping nas escolas*. Disponível em <<http://www.antidoping.cjb.net>>, acessado em 21/10/2005.

estado de euforia é substituído por uma grande depressão, gerando imenso mal-estar no dependente. Para deixar esta depressão e retornar à mania, o usuário sabe que basta utilizar mais um pouco da droga! Deriva, deste fato, e da fortíssima vontade (“fissura”), que o dependente tem de usar mais droga, o risco de vir a tornar-se um drogadicto (escravo da droga). Como a dependência é muito potente, o usuário tende a ir diminuindo qualquer outra busca de satisfação, e passa a relacionar-se cada vez mais e exclusivamente, com a sua droga de eleição. Logo, a falsa idéia de que os estimulantes são as drogas “dos amantes” é ilusória. Inicialmente, a sexualidade fica mais desperta, como todos os sentidos da pessoa; contudo, com o decorrer do tempo, a tendência é o isolamento de tudo e de todos. No extremo, chega-se à indiferença sexual.

Nos países produtores da folha da coca, estas são mascaradas ou ingeridas em forma de chá. Nos demais países, a cocaína é freqüentemente utilizada nas seguintes formas:

1) Injetável – Nesse caso, os riscos de contaminação pelo vírus HIV, causador da Aids, são muito grandes, caso aconteça o uso da mesma seringa por diferentes pessoas. No intuito de aproveitar a droga ao máximo, os usuários retiram um pouco de sangue de suas veias, com a seringa, e em seguida voltam a introduzi-lo. É evidente que uma quantidade razoável de sangue fica na seringa e na agulha, que em seguida são utilizadas por outro usuário. Assim, caso alguma pessoa esteja com o vírus HIV (Sida/Aids), estará passando para todo o grupo. É evidente que o risco aumenta conforme aumentam as vezes que a droga é compartilhada em grupo, usando-se a mesma seringa.²⁵

2) Aspiração nasal – É bastante danoso para a mucosa nasal da pessoa, na medida em que a droga “cheirada” fica retida na mucosa e a partir daí atinge os vasos sanguíneos. Dispõe-se a cocaína em superfície lisa em fileiras (“carreiras”) com aproximadamente 10 a 30 mg, sendo aspirados pela própria mucosa nasal.

3) Inalação – No caso do uso inalado, ou seja, fumado, os riscos estão em infecções das vias aéreas.

Com o uso repetido da substância, surgem os fenômenos da tolerância, dependência e síndrome de abstinência. Outros efeitos imediatos vão surgindo, tais como: agressividade, perda gradativa do autocontrole, da força de vontade, do interesse pelo trabalho, descuido com a alimentação e vestuário, alterações do humor, tremores, dores musculares, agitação, irritabilidade e impotência. É registrado também o aparecimento de processo de distorção de personalidade, acompanhada de comportamento suicida ou homicida. Há verdadeira obstinação para conseguir a droga de qualquer maneira, num estado de dependência química insuperável. Muitas vezes os usuários sequer têm consciência dos problemas advindos da relação com traficantes, ou da destruição de laços com familiares.

²⁵ Essa prática é comum entre os detentos e mostrada no filme *Carandiru*, de Hector Babenco, adaptado do livro *Estação Carandiru*, do médico Dráuzio Varella.

O crack é uma mistura de cocaína em forma de pasta não refinada com bicarbonato de sódio. Esta droga se apresenta na forma de pequenas pedras e pode ser até cinco vezes mais potente do que a cocaína em pó. O efeito do crack dura, em média, dez minutos. Sua principal forma de consumo é a inalação da fumaça produzida pela queima da pedra. É necessário o auxílio de algum objeto como um cachimbo (“marica”) para consumir a droga, muitos desses feitos artesanalmente com o auxílio de latas, pequenas garrafas plásticas e canudos ou canetas. Os pulmões conseguem absorver quase 100% do crack inalado.

Os primeiros efeitos do crack são uma euforia plena que desaparece repentinamente depois de pouco tempo, sendo seguida por uma grande e profunda depressão. Por causa da rapidez do efeito, o usuário consome novas doses para voltar a sentir uma nova euforia e sair do estado depressivo. O crack também provoca hiperatividade, insônia, perda da sensação de cansaço, perda de apetite e conseqüente perda de peso e desnutrição. Com o tempo e uso constante da droga, aparecem um cansaço intenso, uma forte depressão e desinteresse sexual.

Os usuários de crack apresentam um comportamento violento, ficando facilmente irritáveis. Tremores, paranóia (“nóia”, “noiado”) e desconfiança também são causados pela droga. Normalmente, os usuários têm os lábios, a língua e a garganta queimados por causa da forma de consumo da substância. Apresentam também problemas no sistema respiratório como congestão nasal, tosse, expectoração de muco preto e sérios danos nos pulmões. O uso mais contínuo da droga pode causar ataque cardíaco e derrame cerebral graças a um considerável aumento da pressão arterial. Contrações no peito seguidas de convulsões e coma também são causadas pelo consumo excessivo da droga.

A merla é uma variação pastosa da cocaína e tem um poder alucinógeno ainda maior que o do crack. Apareceu pela primeira vez nas favelas do Grande ABC em São Paulo e é feita com sobras do refino da cocaína misturada com querosene e gasolina (Cebrid).

2.6.5 Ecstasy

O ecstasy (êxtase) é um estimulante sinteticamente produzidos com propriedades alucinógenas, considerado a droga do momento. São apresentados na forma de comprimidos, coloridos e com desenhos engraçados e atraentes. Causa importante de falência aguda no fígado, desidratação, elevação da temperatura, suor excessivo, rabdomiólise.

Foi sintetizado pela primeira vez em 1914 no laboratório alemão Merck, durante pesquisas para o desenvolvimento de antidepressivos. De 20 a 60 minutos, após a ingestão da droga surgem os primeiros efeitos: mãos e boca secas, pupilas dilatadas, hipersensibilidade tátil e aumento da temperatura corporal. Isso explica por que nas pistas de dança tanta gente balança o corpo com uma garrafa de água na mão. É para aplacar a intensa secura. Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, náusea, sudorese, diminuição do apetite, atenção dispersa, elevação do humor e contratura da mandíbula são outros sintomas. O

auge dos sintomas acontece depois de seis horas e permanece durante mais ou menos doze horas. Alguns deles, como dores musculares, fadiga e depressão, podem durar vários dias. Com a dilatação da pupila, as luzes ganham brilho especial e os olhos ficam mais sensíveis, daí o uso de óculos de lentes coloridas.

Do tamanho de um comprimido para dor de cabeça, não tem o cheiro forte da maconha. Por ser discreto, adquiriu a imagem de droga “benigna”, o que amplia seu poder de sedução entre a juventude. Pura ilusão, pois o ecstasy pode matar. As mortes quase sempre são decorrentes da elevação da temperatura do corpo acima dos 41 graus. Além dessa fronteira, os riscos são iminentes. O calor excessivo destrói proteínas do sangue e pode desencadear convulsões ou mesmo parada cardíaca. Várias pessoas já morreram de superaquecimento corporal provocado pela droga. O sangue simplesmente borbulhou em suas veias e parou de circular

Pesquisa divulgada pela Universidade de Toronto, no Canadá, constatou que o consumo prolongado pode resultar na perda de memória. Voluntários de 17 a 31 anos de idade, que usavam a droga duas a três vezes por mês, tiveram a memória avaliada em testes. A capacidade do grupo de recordar textos curtos sofreu redução de até 50%. Um dos pioneiros no estudo do ecstasy, o médico americano George Ricaurte, do Instituto Johns Hopkins, em Baltimore, comprovou que o princípio ativo da droga é altamente tóxico e prejudicial ao sistema neurológico.

A composição do ecstasy, preparado principalmente em laboratórios europeus, está cada vez mais misteriosa. Da mesma forma que laboratórios clandestinos misturam pó de mármore ou talco à cocaína, o mesmo pode estar acontecendo com o ecstasy. Foram encontrados comprimidos com porções de heroína, cocaína e até veneno para rato. Hospitais europeus registraram casos de intoxicação por ecstasy que acabaram em morte por envenenamento.

2.6.6 LSD

O Ácido Lisérgico-25 ou dietilamida do ácido lisérgico, conhecido como LSD (*LysergSaureDiathylamide*) teve sua origem nos Laboratórios Sandoz na Suíça. É extraído de um fungo que cresce em cereais como o centeio e o trigo.

É um psicotrópico que desestrutura a atividade mental, provocando alucinações, delírios (visão de formas coloridas, psicodélicas), percepção falsa da realidade, crises depressivas, podendo haver crises psicóticas ou cometimento de suicídio, dependendo das características físicas e psíquicas do usuário. Não tem cheiro, não tem gosto, nem cor, o que quer dizer que, se colocado em um líquido, a pessoa pode ingeri-lo até sem saber, mas sofrerá suas alucinações que vão variar, dependendo de pessoa para pessoa. E estas sensações, em muitos casos, vão assemelhar-se aos sintomas de diversas enfermidades mentais.

Os efeitos da ingestão do LSD podem ser psíquicos, gerando até um estado de pânico. Provoca um efeito chamado “*flashback*”, ou seja, o usuário ainda que use poucas vezes, após parar, poderá apresentar manifestações como, por exemplo, alucinações, como se estivesse usando a droga, embora esta não mais esteja em seu organismo, podendo isto prolongar-se por alguns dias, semanas e até anos.

Toda a produção de LSD atual é clandestina e sua potencialidade é medida em microgramas, daí o fato de muitas pessoas morrerem ao ingerir uma dose, que é feita sem os cuidados laboratoriais necessários a tão potente alucinógeno. O tráfico do LSD é feito pelas mais variadas formas: embeber numa gravata e depois cortá-la em cada meio centímetro quadrado, que é colocado sob a língua; até embeber um cartão e mandá-lo pelo correio, são formas usadas.

2.6.7 Maconha

A maconha era utilizada há mais de 5.000 anos com fins medicinais. É proveniente de um preparo de flores e folhas de uma planta chamada *Cannabis sativa* (também conhecida como cânhamo) que contém mais de 400 substâncias químicas. Há, ainda, a *Cannabis indica* (natural da Ásia) e a *Cannabis ruderalis* (variedade “melhorada”, de crescimento rápido).²⁶ Uma delas é o THC (delta-9-tetrahidrocanabinol), principal responsável pelos efeitos da maconha, que pode causar alucinações conforme o grau de sua pureza e a quantidade utilizada. No Brasil, segundo alguns autores, o cânhamo foi introduzido nos tempos coloniais, para fins têxteis, sendo plantado no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para outros, o cânhamo foi introduzido em nossa terra juntamente com o tráfico de negros africanos, que passaram a cultivar a planta clandestinamente nas roças dos Estados do Nordeste e usá-lo como substância tóxica. Os romanos valorizaram a planta principalmente por causa das resistentes cordas e velas para navio produzidas com sua fibra.

Principal droga ilícita entre os jovens, é objeto de contínua campanha para sua banalização. Apresenta-se de várias formas, como o haxixe e o *skunk*, que contém cerca de 40% de THC, princípio ativo dos canabinóides. O *skunk*, também chamado de “super maconha” é a maconha de laboratório, cultivada em condições especiais, com finalidade de obter maconha com concentrações 7 a 10 vezes maiores de THC. O benzopireno e os hidrocarbonetos que compõem os canabinóides podem causar sinusite crônica, faringite, bronquite e constrição das vias aéreas. A fumaça da maconha possui por volta de quinze vezes mais acetaldeído que o contido na fumaça de tabaco. Seu uso pode causar bronquite, enfisema pulmonar e câncer, precipitar esquizofrenia, ansiedade e psicose.

A forma de consumo pode ser por inalação de sua fumaça por meio de cigarro (“baseado”), incenso, cachimbo etc. e por via oral, misturada em alimentos – bolo,

²⁶ MURAD, op. cit., p. 66.

chocolate –, comprimidos, chá etc. Quando fumada os efeitos euforizantes do canabinóide aparecem em minutos, alcançando um pico em trinta minutos e durando de duas a quatro horas. A força da fumaça da maconha varia de cigarro para cigarro. Nem todos os cigarros produzem os mesmos efeitos e nem todos os indivíduos os sentem com a mesma intensidade.

As sensações experimentadas variam com o teor do THC (de acordo com o solo, clima, estação do ano, época de colheita, tempo decorrido entre a colheita e o uso); da via de introdução e absorção do THC por quilograma de peso do fumante; da personalidade do usuário; e da influência do meio onde se fuma e se esperam certas sensações.

A tendência da maconha é acentuar o estado de espírito em que a pessoa está. Assim sendo, uma pessoa em um momento feliz, pode tornar-se extremamente feliz, alegre, com riso fácil. O inverso também pode ocorrer. A experiência com a droga é muito influenciável pelo meio em que acontece assim como pelas pessoas que estão “celebrando” juntas e variam de pessoa para pessoa.

Provoca nas pessoas sensações de bem-estar, acompanhada de calma, relaxamento e vontade de rir, outras sentem angústia, transpiram muito, ficam confusas, trêmulas e temem perder o controle da cabeça. Os sintomas são os olhos avermelhados e a boca seca. A curto prazo, os efeitos típicos da maconha são:

- 1) pensamento mais rápido que a capacidade de falar, dificultando a comunicação oral, a concentração, o aprendizado e o desenvolvimento intelectual;
- 2) aumento do apetite, especialmente por doces (“larica”);
- 3) olhos avermelhados por causa da dilatação dos vasos que irrigam a parte branca do globo ocular;
- 4) boca seca em virtude da constrição da glândula salivar;
- 5) idéias confusas; e
- 6) o coração acelera em até 120 batimentos cardíacos por minuto.

Se o uso da droga for contínuo, no homem, ocorre diminuição do hormônio testosterona, que é responsável pela maior quantidade de músculos, a voz mais grossa, a barba e a espermatogênese (produção de espermatozóides pelos testículos). Já existem muitas provas de que a maconha diminui em até 60% a quantidade de testosterona. Conseqüentemente o homem apresenta um número bem reduzido de espermatozóides no líquido espermático, o que leva à infertilidade. Esse é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de fumar. Na mulher, há alterações hormonais, chegando até a inibição da ovulação.

A longo prazo haverá maior risco de se desenvolver câncer de pulmão, diminuição das defesas, facilitando infecções, dor de garganta e tosse crônica, aumentando os riscos de isquemia cardíaca (deficiência da circulação do sangue).

Doses mais altas de THC, dependendo da sensibilidade, podem levar a pensamentos confusos e desorganizados; despersonalização (sentir-se que não é mais o mesmo); ansiedade e angústia que podem levar ao pânico; delírios e alucinações (fonte: livro *Conversando Sobre Drogas*). Delírio é uma manifestação mental pela qual a pessoa faz um juízo errado do que vê ou ouve. Por exemplo, sob ação da maconha uma pessoa ouve a sirene de uma ambulância e julga que é a polícia que vem prendê-la; ou vê duas pessoas conversando e pensa que ambas estão falando mal ou mesmo tramando um atentado contra ela. Em ambos os casos, esta mania de perseguição pode levar ao pânico e, conseqüentemente, a atitudes perigosas (“fugir pela janela”, agredir as pessoas que estão conversando, em “defesa” antecipada contra a agressão que julga estar sendo tramada). Alucinação é uma percepção sem objeto, isto é, a pessoa pode ouvir a sirene da polícia ou ver duas pessoas conversando quando não existe quer a sirene quer as pessoas. As alucinações podem também ter fundo agradável ou terrificante.

Se alguém tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha piora o quadro. Ou faz surgir a doença, isto é, a pessoa não consegue mais “se controlar” ou neutraliza o efeito do medicamento e a pessoa passa a apresentar de novo os sintomas da doença. Este fato tem sido descrito com frequência na doença mental chamada esquizofrenia.

Tese do professor Marcos Pacheco Ferraz, da Escola Paulista de Medicina, comprovou que mulheres que fumam maconha apresentam mais facilmente quadros de pânico e outras reações desagradáveis. Embora não seja muito comum, a maconha (e qualquer outra droga) pode induzir à paranóia. A maconha prejudica o feto, pois bebês de mães que usam a droga nascem com baixo peso, baixa estatura e, por isso, têm maior tendência a sofrer problemas de saúde. A mulher que amamenta passa as toxinas da droga para a criança através do leite materno.

Segundo o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, da Universidade Federal de São Paulo, a concentração de THC passou de 1 para 5% nos últimos 30 anos. Os “baseados”, portanto, estão mais fortes e o vício é mais avassalador. Maconha nunca foi leve. A pessoa demora mais para se tornar dependente em comparação com o *crack*, diz o psiquiatra Carlos Galduróz. Por causa disso, muitos jovens viciados estão indo em busca de tratamento para ficarem livres dos maus efeitos.

O cigarro de maconha, o “baseado”, não possui filtro, como os cigarros comuns; além disso, a droga não recebe nenhum tipo de tratamento químico, tendo assim muitas impurezas, como fungos, que facilitam essas complicações. “Vários tipos de plantas secas são misturadas para aumentar o lucro dos traficantes com a venda da droga. Outra mistura preferida pelos traficantes é o esterco seco de vaca, por sua semelhança com a maconha. É grande a quantidade de pesticidas” (fonte: livro *Conversando sobre drogas*).

Um dos efeitos típicos da maconha é a desorientação. Sob a ação da droga, fica mais difícil executar tarefas simples e até de maior responsabilidade, como dirigir um automóvel. Em simulações, motoristas que fumaram antes do teste freiam em hora errada e demoram para reagir aos sinais de trânsito. A noção de distância pode ser afetada, assim como a de tempo. Um túnel com vinte metros de comprimento parece ter dez vezes mais. No caso de uma ultrapassagem, por exemplo, ele pode não conseguir calcular corretamente o tempo e a distância, colocando vidas em risco.

Muitas pessoas acreditam que o álcool e o fumo são mais maléficos do que a maconha. Segundo alguns pesquisadores, trata-se de uma falsa argumentação, pois ainda não existem estudos que possam constatar tal afirmativa. Além disso, qualquer comparação entre essas substâncias só poderia ser válida se se tratasse de níveis idênticos de consumo. Dificilmente um indivíduo consome a mesma quantidade de maconha que um usuário de tabaco ou de substância alcoólica. Para o médico André Malbergier, do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea), da Universidade de São Paulo, a falsa idéia de que a maconha faz menos mal que outras drogas, tem colaborado para o aumento do consumo no mundo todo.

A dependência dos canabinóides é facilitada porque, em geral, o usuário acredita que pode parar de fumar quando quiser. No entanto, as primeiras manifestações de dependência ocorrem quando a pessoa se torna irritada e ansiosa se ficar dois ou três dias sem essa droga. De acordo a OMS, o fenômeno é mais intenso quando se trata de usuário de haxixe.

O uso contínuo da maconha pode levar ao fenômeno de tolerância. Por exemplo: se antes a pessoa ficava “legal” com um “baseado”, agora ela precisa fumar mais para ter a mesma sensação. O usuário está sujeito, também, à síndrome de abstinência. A interrupção do uso prolongado de preparações potentes da maconha podem causar mal estar, irritabilidade, depressão, insônia, perda do apetite, ansiedade, cansaço exagerado, dores abdominais, náuseas, palpitações, queda de pressão, dores musculares e tremores no corpo. Esses sintomas acentuam-se na primeira semana e persistem por um mês ou mais.

Tal qual o cigarro, a maconha é uma substância que abre as portas para o uso de drogas mais pesadas. A experiência com a maconha normalmente precede o interesse por outras substâncias, como as colas de sapateiro, as anfetaminas, a cocaína e a heroína. Os especialistas dizem escrevem que, “quanto mais cedo se começa a fumar, maior é o envolvimento com a maconha”. E concluem que, entre os jovens nessa situação, é maior a possibilidade de contato com coisas mais perigosas. Pesquisas científicas mostram que a droga contém alto teor de alcatrão, maior que o encontrado no cigarro comum, e nele existe uma substância chamada benzopireno, conhecido agente cancerígeno. Utilizada na mesma quantidade do cigarro, é tão cancerígena quanto ele.

Como ninguém conseguiu isolar todos os princípios ativos da erva e estudá-los profundamente, alguns médicos alegam que o tratamento que vem sendo dado à

maconha em meio às campanhas liberalizantes pode reeditar erros cometidos décadas atrás com o tabaco. Os cientistas levaram quarenta anos para identificar os malefícios associados ao fumo. Hoje, diante da evidência de que provoca males como o câncer nos pulmões, a comunidade científica se reúne para tentar sua proibição. “É irresponsabilidade correr o risco de cometer com a *Cannabis* o mesmo erro feito com o tabaco”, diz Ronaldo Laranjeira, professor da Universidade Federal de São Paulo, coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas.

2.6.8 Morfina/heroína

No século passado, farmacêuticos obtiveram da papoula (*Papaver somniferum*), nativa do litoral Mediterrâneo, uma substância que foi chamada de morfina. O uso da morfina foi amplamente difundido na medicina do século XIX devido, principalmente, a suas propriedades analgésicas. Da morfina, logo foram sintetizadas várias derivações como por exemplo codeína e heroína (oxicodeína), esta mais conhecida, narcótico com efeito analgésico e relaxante. Na década de 20 foi constatado que a heroína causava dependência, por isso foi proibida sua produção e comércio no mundo. Voltou a se expandir pelo mundo depois da II Guerra Mundial e hoje é produzida no mercado negro, principalmente no Sudeste Asiático e na Europa.

A heroína se apresenta no estado sólido, na forma de um pó branco ou marrom. Para ser consumida, é aquecida pura ou com água, normalmente com o auxílio de uma colher onde a droga se transforma em líquido e fica pronta para ser injetada, após resfriar-se na própria seringa. A administração pode ser feita diretamente pela veia, forma mais comum no ocidente, ou por inalação, como é, normalmente, consumida no oriente.

É uma das mais prejudiciais drogas de que se tem notícia. Seu efeito é dez vezes mais potente que o da morfina. Além de ser extremamente nociva ao corpo, a heroína causa dependência rapidamente. Age como um poderoso depressivo do sistema nervoso central. Logo após injetar a droga, o usuário fica em um estado sonolento, fora da realidade. Esse estado é conhecido como “cabeceio” ou “cabecear”. As pupilas ficam muito contraídas e as primeiras sensações são de euforia e conforto. Em seguida, o usuário entra em depressão profunda, o que o leva a buscar novas e maiores doses para conseguir repetir o efeito. A crise de abstinência provoca um sintoma referido como síndrome do “peru molhado”, caracterizado por tremores e ereção dos pêlos (“pele de galinha”).

Proporciona efeitos imediatos como desligamento do mundo e prazer. Fisicamente, porém, o usuário de heroína pode apresentar diversas complicações como: surdez, cegueira, delírios, perda da sensibilidade, bradicardia (redução de batidas do coração), inflamação das válvulas cardíacas, coma e até a morte. No caso de ser consumida por meios injetáveis, pode causar morte dos tecidos das veias. Isto dificulta o usuário a encontrar uma veia que ainda esteja em condições adequadas para poder injetar uma nova dose. O corpo fica desregulado, deixando

de produzir algumas substâncias vitais ou passando a produzir outras substâncias em demasia. Perde também a capacidade de controlar sua temperatura, causando suores e calafrios constantes. O estômago e o intestino ficam completamente descontrolados causando constantes vômitos, diarreias e fortes dores abdominais. (Fonte: folhetos informativos sobre drogas psicotrópicas do Cebrid e outros).

2.6.9 Solventes ou inalantes

Solvente significa substância capaz de dissolver coisas e inalante é toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Via de regra, sendo oriundo do grupo químico dos hidrocarbonetos, todo solvente é uma substância altamente volátil, podendo ser facilmente inalada. Outra característica dos solventes ou inalantes é que muitos deles (mas não todos) são inflamáveis.

Um número enorme de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes etc., contém esses solventes. Podem ser aspirados tanto involuntariamente (por exemplo, trabalhadores de indústrias de sapatos ou de oficinas de pintura, o dia inteiro expostos ao ar contaminado por estas substâncias) ou voluntariamente (por exemplo, a criança de rua que cheira cola de sapateiro; o menino que cheira em casa acetona ou esmalte; ou o estudante que cheira o corretivo Carbox etc.).

O início dos efeitos, após a aspiração, é bastante rápido – de segundos a minutos no máximo – e em 15 a 40 minutos já desaparecem. Assim, o usuário repete as aspirações várias vezes para que as sensações durem mais tempo. Os efeitos dos solventes vão desde uma estimulação inicial de euforia, seguindo-se desorientação, confusão e depressão, podendo também aparecer processos alucinatorios. Os sintomas são voz pastosa, rosto pálido, espirros, náuseas e tosse. Vários autores dizem que os efeitos dos solventes (qualquer que seja ele) lembram os do álcool, entretanto este não produz alucinações, fato bem descrito para os solventes. Dentre os efeitos dos solventes o mais predominante é a depressão.

Praticamente não atuam em outros órgãos, a não ser o cérebro. Entretanto, existe um fenômeno que pode ser muito perigoso. Tornam o coração humano mais sensível a uma substância que o corpo produz, a adrenalina, que causa taquicardia, a qual é liberada toda vez que o corpo humano tem que exercer um esforço extra, por exemplo, correr, praticar certos esportes etc. Dessa forma, se uma pessoa inala um solvente e logo depois faz esforço físico, seu coração pode sofrer, pois ela está muito sensível à adrenalina liberada por causa do esforço. A literatura médica já conhece vários casos de morte, por síncope cardíaca, principalmente de adolescentes, devido a estes fatos.

A síndrome de abstinência, embora de pouca intensidade, está presente na interrupção abrupta do uso dessas drogas, aparecendo ansiedade, agitação, tremores, câimbras nas pernas e insônia. Tolerância pode ocorrer, embora não tão dramática quanto em relação a

outras drogas (como no abuso das anfetaminas, por exemplo, quando os dependentes passam a tomar doses de 50 a 70 vezes maiores que as iniciais). Dependendo da pessoa e do solvente, a tolerância se instala ao fim de um a dois meses. Os solventes são as drogas mais usadas entre os meninos(as) de rua e entre os estudantes da rede pública de ensino, quando se exclui da análise o álcool e o tabaco.

2.6.10 Tabaco

O popular fumo é extraído da folha do tabaco (do taino *tabaco*, que designava o instrumento em forma de Y com que os índios fumavam), uma grande erva, molemente tomentosa, da família das solanáceas (*Nicotiana tabacum*), de origem sul-americana (alguns a dão como originária da Ásia, também), de folhas amplas, oblongas, acuminadas e macias, flores vistosas, tubulosas e róseas, e que possui o alcalóide nicotina, razão por que a infusão das folhas serve para matar parasitos. Dessecadas, as folhas constituem o fumo ou tabaco (Sin., bras.: fumo; Aurélio).

O uso do tabaco surgiu aproximadamente no ano 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais religiosos. A planta, chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. Suas folhas foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, até que, no final do século XIX, iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso espalhou-se de forma epidêmica por todo o mundo a partir de meados do século XX. O vício de fumar vem se expandindo no mundo desde a Primeira Guerra Mundial e, nos últimos quarenta anos, passou a ser preocupação para governos, órgãos internacionais de saúde e instituições médicas. Esta preocupação decorre do fato de que, através de investigações experimentais, relatórios oficiais e congressos científicos, se chegou à conclusão unânime de que o cigarro traz prejuízos à saúde.

Segundo PRESTES, citada por BAUMEIER e FLEMING²⁷, as drogas mais consumidas pelos brasileiros são as lícitas, como álcool e a nicotina, que podem ser adquiridas facilmente em qualquer lugar, porque são drogas socialmente aceitas (PRESTES, Cristiane. *A vítima tem 13 anos. Veja*. Fev. 2000). Consta que de 50% a 60% dos usuários de drogas ilícitas iniciaram com o uso do cigarro. Em cada cem fumantes, apenas três conseguem largar o vício. A nicotina tem relação com cerca de cem mil mortes por ano no Brasil, onze mortes por hora, três vezes mais que os óbitos registrados no trânsito e mais que o dobro do número de assassinatos por ano. Estes são dados alarmantes, mostrando que cada vez mais cedo os jovens estão experimentando as drogas. Segundo o Ministério da Saúde, existem hoje trinta milhões de fumantes, sendo que trinta mil têm menos de dez anos. Essas crianças são fumantes passivos, que absorvem trinta por cento da nicotina do cigarro fumado pelos pais, familiares e pessoas que as cercam.

²⁷ BAUMEIER e FLEMMING, cit.

A OMS tem registrado mais de sessenta mil pesquisas publicadas e reproduzidas em diversos lugares do mundo, comprovando a relação causal entre o consumo do cigarro e doenças graves como: câncer de pulmão (90% dos casos); enfisema pulmonar, isto é, diminuição da capacidade respiratória (80%); infarto do miocárdio (25%); bronquite crônica e derrame cerebral (40%). Uma das alterações físicas decorrentes do uso do tabaco é o aumento do LDL (“mau colesterol”), além de ser diabetogênico, porque inibe a produção de insulina pelo pâncreas. No que diz respeito ao Brasil, as pesquisas não são menos preocupantes. Estima-se que, somente no Brasil, cem mil pessoas morrem por ano, vítimas no vício de fumar.

Como efeitos nocivos do cigarro durante a gestação, a nicotina, o monóxido de carbono e outros componentes que circulam no sangue da fumante, atravessam a placenta e vão intoxicar o feto, prejudicando seu desenvolvimento. As mães que fumam durante a gestação têm maior probabilidade de gerar filhos com pesos inferiores e aumenta o risco de aborto e de parto prematuro. Os filhos podem, também, apresentar maiores dificuldades de aprendizagem no início da escolarização. É importante salientar que a nicotina pode estar presente no leite materno e, dessa forma, ser passada para os bebês durante a amamentação.

A mulher vem aumentando sua participação no vício de fumar, sobretudo na faixa etária mais nova. Esta tendência é grave, pois as mulheres, além da responsabilidade biológica de gerar os filhos, convivem com eles intensamente até a adolescência, transformando-os em fumantes passivos e levando-os a encarar o ato de fumar como um comportamento social normal. Sabe-se que entre adolescentes e adultos jovens, filhos de pais fumantes, há maior prevalência de fumantes. O início do tabagismo, nesses casos, seria consequência do exemplo apresentado pelos pais ou ainda da necessidade orgânica criada por anos de inalação involuntária (passiva) da nicotina durante anos.

O consumo de cigarros é a mais devastadora causa evitável de doenças e mortes prematuras da história da humanidade, afirmam pesquisadores. O organismo animal possui extraordinária capacidade de refazimento e de recuperação. Estima-se, contudo, que a eliminação dos agentes nocivos do fumo no corpo humano processa-se em período de tempo igual à duração do vício. Por exemplo: quem fuma há dez anos, se deixar o vício, levará aproximadamente outros dez para extirpar completamente os efeitos nocivos do fumo do seu organismo.

Um levantamento feito pela equipe de José Rosemberg, pneumologista e um dos pioneiros do combate ao câncer no Brasil, avaliou os efeitos do tabagismo na saúde de quinze mil crianças entre zero e um ano. Nas famílias em que o pai fuma, cerca de 25% dos filhos apresentou problemas respiratórios. Quando a mãe é fumante, o número passa para 49%, pois ela tem mais contato com os filhos. Se o casal fumar, a estatística pode chegar a 70% (Revista *Isto-É*, 07 Nov. 2001). (livreto, cit.).

O percentual de fumantes no Brasil é considerado alto, quando comparado com outros países, principalmente da América Latina. Fuma-se mais na região Sul (42% dos habitantes da região), sendo Porto Alegre, cidade situada nessa região, a detentora dos maiores índices conhecidos de câncer de pulmão no país.

Algumas consequências do uso do tabaco são:

1) A nicotina chega ao cérebro e se liga aos receptores das células, interferindo na transmissão de impulsos nervosos, o que provoca excitação do sistema nervoso.

2) O calor da fumaça e o alcatrão atacam as mucosas da boca, tornando-se propensa ao câncer. Pesquisadores comprovam que 92% dos tumores da cavidade oral estão diretamente relacionados ao fumo.

3) A região da boca fica diretamente exposta a partículas e gases da fumaça do tabaco, portanto com grande chance de desenvolvimento de câncer.

4) O fumo é responsável por cerca de 75% dos casos de câncer que surgem no esôfago, pois este órgão sofre os efeitos diretos da fumaça.

5) Muitos fumantes desenvolvem bronquite devido às substâncias contidas no cigarro, que irritam a mucosa bronquiana. Com isso, diminuem as áreas onde ocorre a troca de oxigênio e a respiração torna-se difícil.

6) O monóxido de carbono proveniente da fumaça do cigarro associa-se à hemoglobina (componente do sangue) formando um composto que diminui a oxigenação dos tecidos de todo o corpo, causando o envelhecimento precoce da pele.

7) A bexiga também é receptora de alcatrão e outras substâncias cancerígenas do tabaco. O fumo é responsável por 45% dos casos de câncer nesta região.

Na fumaça do cigarro já foram isoladas mais de 4.720 substâncias tóxicas, as quais atuam sobre os mais diversos sistemas e órgãos, destas mais de 60 são agentes cancerígenos. As mais importantes substâncias encontradas na fumaça do cigarro são:

1) Nicotina – É um estimulante do sistema nervoso central. A nicotina estreita os vasos sanguíneos e libera os hormônios que aumentam a pressão arterial, uma das causas do infarto. Ela é extraída da folha do tabaco na forma de um líquido amarelo, de cheiro desagradável e venenoso, é utilizada como pesticida. Cada cigarro contém dois miligramas de nicotina. Metade dessa quantidade seria suficiente para matar uma pessoa se fosse injetada sob a pele. Sessenta miligramas correspondem a trinta cigarros, quantidade que se fumada de uma vez, causaria morte instantânea.

2) Alcatrão – Se acumula nos pulmões, sendo responsável pelo aumento de câncer no pulmão, da bronquite crônica, do enfisema pulmonar, além de influenciar a evolução de outras doenças tais como: as vasculares, úlceras do estômago e do duodeno.

3) Benzopireno – Substância derivada do petróleo e altamente cancerígena que sempre aparece na queima do papel que envolve o tabaco, auxiliando a combustão, pois é utilizada apenas para que o papel do cigarro queime de maneira uniforme e a cinza não se fragmente.

4) Substâncias radioativas – Quando uma pessoa fuma, pequenas partículas sólidas são liberadas na fumaça e, ao serem inaladas, vão se depositando no aparelho respiratório, sendo, eventualmente, transportadas pelo sangue para o fígado, o baço e a medula óssea, acumulando-se nesses locais onde ficam emitindo radiações no organismo do fumante ao longo de sua vida, podendo causar lesões no material genético das células, o que leva ao câncer.

5) Agrotóxicos – Usados no cultivo do tabaco, como o DDT.

6) Metais pesados – Um cigarro contém de um a dois miligramas, concentrando-se no fígado, rins e pulmões, o que leva a perda de capacidade ventilatória dos pulmões, enfisema, fibrose pulmonar, hipertensão, câncer nos pulmões, próstata, rins e estômago.

7) Amônia – Utilizado em limpadores de banheiro.

8) Monóxido de carbono – É o mesmo gás que sai dos escapamentos de automóveis, e como tem mais afinidade com a hemoglobina do sangue do que o próprio oxigênio, toma o lugar do oxigênio, deixando o corpo do fumante – ativo ou passivo – totalmente intoxicado.

“Segundo o pneumologista José Rosemberg, o cigarro é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e aumenta em torno de 30% as chances de aparecimento dos outros tumores” (*Isto-É*, 07 Nov. 2001). (livreto, cit.)

Desde 2002, o governo vem restringindo o estímulo ao uso do tabaco. O Instituto Nacional do Câncer (Inca), no Rio, coordenou a ofensiva do Ministério da Saúde contra o cigarro. Além de conscientizar os jovens, o governo incentivou fumantes a largarem o vício. É cada vez maior a lista de locais onde é proibido fumar, a publicidade está praticamente extinta e os maços de cigarro trazem estampadas fotos chocantes de estragos causados pelo cigarro. O Rio de Janeiro se tornou o primeiro Estado a proibir o cigarro nas escolas. Na publicidade, os anúncios estão restritos aos pontos de venda e os patrocínios dos fabricantes a eventos culturais e esportivos acabaram em 2003. As companhias são obrigadas a submeter os produtos a medições anuais da quantidade de nicotina e alcatrão e foram obrigadas a retirar as expressões “light” e “baixos teores”, consideradas enganosas. (livreto, cit.)

3. LEGISLAÇÃO EXISTENTE²⁸

O art. 281 do Decreto-lei nº 2.848/1940 (Código Penal) dispunha sobre o uso e tráfico ilícito de substância entorpecente sob a rubrica “comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes” no capítulo dos crimes contra a saúde pública. Tal dispositivo foi alterado pela Lei nº 4.451/1964, pelo Decreto-lei nº 385/1968 e revogado pela Lei nº 5.726/1971, primeira “lei antitóxicos” (LAT). Essa lei trouxe várias inovações, como a preocupação com a prevenção do uso e a recuperação de “infratores viciados”, exacerbando as hipóteses de condutas delituosas, inclusive a associação para o tráfico, e instituindo procedimentos especiais.

Tal lei foi revogada pela Lei nº 6.368/1976, que “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de **substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica**, e dá outras providências”. Essa lei, regulamentada pelo Decreto nº 78.992/1976, aperfeiçou a anterior, alargando o conceito de tratamento e recuperação do usuário, regulando aspectos administrativos referentes aos bens apreendidos e situação do estrangeiro. Alterada ou parcialmente revogada pelas Leis nº 8.072/1990, 7.560/1996, 9.804/1999, 10.409/2002 e 10.741/2003, continua em vigor na parte referente às infrações penais e outros dispositivos, uma vez que a Lei nº 10.409/2002, que “dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de **produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica**, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências”, pretendia regular a matéria em sua totalidade mas teve vários dispositivos vetados. Um desses dispositivos descriminalizava o uso de substância entorpecente. Dessa forma, convive-se hoje com duas leis antitóxicos, uma antiga, de caráter repressivo (Lei nº 6.368/1976) e outra nova, acerca de normas gerais (Lei nº 10.409/2002).[sem negrito nos originais]²⁹

Seguindo a política da lei anterior, dentre as disposições mais afetas ao presente estudo, a atual dispõe, em seu art. 2º, que “é dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica”. Prevê a criação, pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborarem nesse desiderato. Reporta-se ao controle de dados pertinentes pela Secretaria Nacional Antidrogas – Senad e Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes. No capítulo da prevenção, erradicação e tratamento, dispõe, no art. 10 e seu § 1º:

Art. 10. Os dirigentes de estabelecimentos ou entidades das áreas de ensino, saúde, justiça, militar e policial, ou de entidade social, religiosa, cultural, recreativa,

²⁸ Toda a legislação está disponível no sítio <<http://www.planalto.gov.br>>.

²⁹ Observe-se a maior abrangência da lei nova em relação ao conceito de psicotrópicos.

desportiva, beneficente e representativas da mídia, das comunidades terapêuticas, dos serviços nacionais profissionalizantes, das associações assistenciais, das instituições financeiras, dos clubes de serviço e dos movimentos comunitários organizados adotarão, no âmbito de suas responsabilidades, todas as medidas necessárias à prevenção ao tráfico, e ao uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica.

§ 1º As pessoas jurídicas e as instituições e entidades, públicas ou privadas, implementarão programas que assegurem a prevenção ao tráfico e uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica em seus respectivos locais de trabalho, incluindo campanhas e ações preventivas dirigidas a funcionários e seus familiares.

O § 2º do mesmo art. 10 inclui entre as medidas de prevenção o incentivo às atividades esportivas, artísticas e culturais e a promoção de debates de questões ligadas à saúde, cidadania e ética. A lei sujeita o dependente ou o usuário às medidas previstas, estabelecendo que serão adotadas de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família, vedada a menção do nome do paciente no encaminhamento de dados. Remete ao Ministério da Saúde a atribuição de regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde oriundos do uso indevido e reitera o recebimento de benefícios oficiais pelas empresas privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do dependente ou usuário.

Por fim, o art. 47 preceitua que “a União, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção, repressão e o tratamento de usuários ou dependentes, com vistas à liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas de combate ao tráfico ilícito e prevenção ao tráfico e uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas ou que causem dependência física ou psíquica”.

Interessante notar que na evolução da legislação se buscou responsabilizar com mais rigor o traficante, ao tempo em que se abrandava a situação do dependente. Assim, o revogado art. 281 do Código Penal cominava a mesma pena de um a cinco anos de reclusão ao traficante e ao usuário. A LAT antiga comina pena de detenção, de seis meses a dois anos. Tanto a lei repressiva atual como a correspondente da norma vetada impunham a mesma pena ao traficante, reclusão, de três a quinze anos. Quanto à associação para o tráfico, a Lei nº 5.726/71 cominava pena de reclusão, de dois a seis anos; a LAT antiga, três a dez anos e a vetada, oito a quinze.

Novas disposições legais surgiram, no intuito de combater o narcotráfico, numa clara preferência do legislador pátrio pelo controle segundo a via da restrição da oferta. A própria Constituição da República, de 1988, estipulou, dentre outros dispositivos inibitórios, que

o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins são inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia, por eles respondendo os mandantes, os executores e os que, podendo evitá-los, se omitirem (art. 5º, XLIII).

A Lei nº 8.072/1990 que regulou o citado art. 5º, XLIII, em relação aos crimes hediondos, reforçou o alcance da norma constitucional, tornando o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, a eles equiparados, como insuscetível de anistia, graça e indulto, fiança e liberdade provisória, bem como determinando o cumprimento integral da pena em regime fechado (art. 2º e seu § 1º) e fixando em trinta dias, prorrogável, o prazo para a prisão temporária nos crimes de que trata.

Outras leis, de caráter penal ou processual-administrativo, trouxeram dispositivos que direta ou indiretamente, afetam a oferta de drogas psicotrópicas e o combate ao tráfico ilícito, como as Leis nº 1.521/1951 (economia popular), 2.252/1954 (corrupção de menores, art. 1º), 7.960/1989 (prisão temporária, art. 1º, inciso III, alínea n), 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 243), 8.078/1990 (Código de Defesa do Consumidor, art. 61 e seguintes), 8.137/1990 (ordem tributária, econômica e relações de consumo), 8.257/1991 (expropriação de glebas com culturas ilegais de plantas psicotrópicas), 8.429/1992 (improbidade administrativa, art. 9º, inciso V), 9.034/1995 (organizações criminosas, com dispositivos acerca da ação controlada – que permite o flagrante diferido – e da delação premiada), 9.099/1995 (juizados especiais, com posterior despenalização da conduta do usuário, pela interpretação analógica da Lei nº 10.259/2001), 9.296/1996 (interceptação telefônica), 9.437/1997 (que criminalizou o porte de arma, revogada pela Lei nº 10.826/2003, que exasperou as penas correspondentes), 9.503/1997 (Código de Trânsito Brasileiro, que tipificou certas condutas, como a embriaguez), 9.605/1998 (lei ambiental, art. 56), 9.613/1998 (lavagem de dinheiro, art. 1º, I) e Lei nº 9.965/2000 (restringe a venda de esteróides ou peptídeos anabolizantes).

No âmbito administrativo surgiram várias normas no intuito de exercer vigilância sanitária sobre a fabricação e comercialização de produtos perigosos, como tóxicos e drogas. Assim, o Decreto-Lei nº 753/1969 e as Leis nº 5.991/1973, 6.360/1976, 7.802/1989, 8.918/1994 e 9.294/1996. A Lei nº 9.294/1996, que “dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal”, regulamentada pelo Decreto nº 2.018/1996, normatizou a publicidade desses produtos e restringiu os locais de consumo. Dentre outras disposições, a lei obriga a veiculação de advertências em relação ao tabaco (“O Ministério da Saúde adverte”, seguido de várias frases acerca dos malefícios provocados) e às bebidas alcoólicas (“Evite o Consumo Excessivo de Álcool”).

A Lei nº 5.991/1973 dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências conceituando droga como substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa ou

sanitária e medicamento como produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

O Decreto nº 85.110/1980 instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, composto por todos os órgãos que exerciam atividades referentes ao controle de drogas psicotrópicas e compreendido pelo Conselho Federal de Entorpecentes, órgãos do Ministério da Saúde, Departamento de Polícia Federal (DPF), Conselho Federal de Educação, Secretaria da Receita Federal, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA, extinta em 1998) e Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Febem).

Alterado pelos Decretos nº 86.856/82, 89.283/84 e 93.171/86, foi revogado pelo Decreto nº 2.632/1998, que dispôs sobre o Sistema Nacional Antidrogas, previsto pela Medida Provisória nº 2.225-45/2001, por alteração da Lei nº 6.368/1976.

Este, por sua vez foi revogado pelo Decreto nº 3.696/2000 (alterado pelo Decreto nº 4.513/2002), que instituiu o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), com o objetivo principal de formular a Política Nacional Antidrogas, alinhado à repressão ao tráfico ilícito, bem como à prevenção e à repressão do uso indevido.

Integram o Sisnad: o Conselho Nacional Antidrogas (Conad), como órgão normativo; o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; os Ministérios da Justiça, da Defesa, da Educação, da Previdência e Assistência Social, das Relações Exteriores, e da Saúde, a Secretaria da Receita Federal, a Secretaria Nacional Antidrogas (criada pela Medida Provisória nº 1.669/1998), o Departamento de Polícia Federal, o Conselho Nacional de Educação, o Conselho de Controle de Atividade Financeira (Coaf), a Agência Brasileira de Inteligência, e os órgãos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que exercem atividades antidrogas e de recuperação de dependentes. O Conad, órgão normativo e de deliberação coletiva, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, compõe-se de representantes dos entes que integram o Sisnad, além de um jurista e um médico psiquiatra experientes nessa área.

A Lei nº 7.560/1986 criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso (Funcab), a ser gerido pelo Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), dispondo sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas. As destinações dos recursos do Funcab inclui as organizações que desenvolvam atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários e o reaparelhamento e custeio das atividades de fiscalização, controle e repressão ao uso e tráfico ilícito de drogas e produtos controlados.

A Lei nº 8.764/1993 criou a Secretaria Nacional de Entorpecentes, no âmbito do Ministério da Justiça, competindo-lhe supervisionar, acompanhar e fiscalizar a execução das normas estabelecidas pelo Confen, ficando sob sua supervisão técnica os órgãos que

integram as atividades correspondentes. Incumbe-lhe, ainda, promover a integração ao Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes dos órgãos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios que exerçam atividades concernentes à prevenção, fiscalização e repressão do uso e tráfico ilícitos de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica.

A Medida Provisória nº 1.669/1998 transformou o Confen em Conselho Nacional Antidrogas (Conad) e a Secretaria Nacional de Entorpecentes em Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), como gestora do Funcab, integrando a estrutura da Presidência da República, o que foi convalidado pela Lei nº 9.649/1998, que alterou-lhe a denominação para Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), vinculando-a à Presidência da República, embora mantendo sob a competência do Ministério da Justiça os assuntos referentes a entorpecentes. Esta Lei foi em parte revogada pela Lei nº 10.683/2003 (alterada pela Lei nº 10.869/2004). A estrutura da Senad está prevista no Decreto nº 5.083/2004. A Medida Provisória nº 2.216-37/2001, por evolução da MP nº 1.669/1998, tencionando alterar a organização da Presidência da República e dos Ministérios, estabelecida pela Lei nº 9.649/1998, alterou a denominação do Funcab para Fundo Nacional Antidrogas (Funad).

A Lei nº 10.357/2001, regulamentada pelo Decreto nº 4.262/2002, estabelece normas de controle e fiscalização sobre produtos químicos que direta ou indiretamente possam ser destinados à elaboração ilícita de substâncias entorpecentes, psicotrópicas ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Considera produtos químicos as substâncias químicas e as formulações que as contenham, nas concentrações estabelecidas em portaria, em qualquer estado físico, independentemente do nome fantasia dado ao produto e do uso lícito a que se destina. Institui a Taxa de Controle e Fiscalização de Produtos Químicos, cujo fato gerador é o exercício do poder de polícia conferido ao Departamento de Polícia Federal para controle e fiscalização das atividades nela relacionadas.

Verifica-se, portanto, que o Brasil possui vasta legislação sobre o tema. Embora a forma legítima de se conseguir atingir os objetivos de controle (diminuição da oferta e da demanda, das situações que as favorecem e dos comportamentos de risco) seja por meio da legislação, ela nem sempre é, porém, suficiente.

4. CONSUMO DE DROGAS

4.1 Situação atual

No dizer de BISCAIA³⁰, houve três momentos no século passado que contribuíram para o aprofundamento dos estudos no campo da dependência de drogas.

³⁰ BAUMEIER e FLEMMING, cit.

Inicialmente, o aumento na produção e consumo das drogas lícitas, principalmente álcool, tabaco e psicofármacos. Depois, o movimento sociopolítico do final dos anos 60, com o advento das lutas estudantis e movimentos “hippies” e de contracultura, que favoreceu o aumento significativo de consumo das drogas alucinógenas. Finalmente, a mutação acelerada provinda da globalização e do avanço tecnológico, gerando uma crise das estruturas sociais. As mudanças na sociedade sempre foram lentas e gradualmente assimiladas, em contradição com o momento atual, onde não existe tempo para elaboração dessas mudanças socioculturais. Tudo é muito rápido, trata-se da “filosofia do prazer e do consumo imediato” (BISCAIA, Mário José Silva. *Drogadição na Pós-Modernidade*. Saúde, Sexo e Educação, 1999).³¹

O consumo de drogas está aumentando de 10 a 15% ao ano, sendo a idade de iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada. Estudos realizados no Brasil a partir de 1987, pelo Cebrid, confirmam o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre alunos de 1º e 2º graus, crianças e adolescentes em situação de rua. Segundo levantamento realizado pelo Cebrid em 1997 (Carlini, E.A., José Carlos F. Galduróz e Ana Regina Noto. *IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997*. Unifesp/Cebrid, São Paulo, 1997), o percentual de adolescentes do País que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo – 51,2% já consumiram bebida alcoólica; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos.³² Nas dez capitais pesquisadas, cresceu a tendência para o uso freqüente de maconha entre crianças e adolescentes. O uso freqüente de cocaína e de álcool também aumentou em seis capitais. Quanto ao uso pesado de drogas, isto é, vinte vezes ou mais no mês, também experimentou um aumento nas dez capitais para a maconha e, para o álcool, em oito capitais. (livreto, cit.)

Outros dados divulgados dão conta de que o uso indevido ou abuso de drogas é a principal causa de violência e responde por 30% dos acidentes de trabalho. Mais de 68% dos acidentes rodoviários graves têm álcool ou drogas implicadas. Consta que 70% das vítimas por morte violenta em São Paulo tinham cocaína no cabelo (USP-IML). De 10 a 15% da população consome álcool excessivamente. Em estudos realizados verificou-se que 7 em cada 100 alunos de escolas públicas, de 9 a 18 anos já fumaram maconha, 14 em cada alunos já aspiraram solventes e quase 30% já ficaram bêbados uma ou mais vezes.

4.2 Complicações

As complicações decorrentes do uso de drogas podem ser de natureza médica, social e legal/policial. Os usuários, além de sofrerem os efeitos tóxicos da droga, estão ainda sujeitos a problemas decorrentes dos horários irregulares, da má alimentação, do sono insuficiente, que levam ao emagrecimento, carências de proteínas e vitaminas, queda da resistência imunológica e os expõem a infecções de todo tipo. Há ainda lesões próprias da maneira de usar a

³¹ Especula-se, um tanto jocosamente, que essa sensação de rapidez da passagem do tempo atualmente seja real, segundo a teoria da “ressonância Schumann”. Cf. em <<http://www.jornalinfinito.com.br/materias.asp?cod=140>>, acessado em 22-12-2005.

³² *Política Nacional Antidrogas*, disponível no sítio <<http://www.senad.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

droga, como a perfuração de septo nasal nos cheiradores de cocaína. O uso de drogas por injeção venosa traz severas complicações, todas de grave prognóstico: inflamações das veias (flebitis) que podem levar ao entupimento das mesmas; morte dos tecidos (necrose) à volta dos lugares de injeção. O uso compartilhado de seringas contaminadas leva às inflamações do fígado (hepatites); às infecções generalizadas veiculadas pelo sangue (septicemias); às inflamações das paredes internas do coração (endocardites); à transmissão de doenças como a sífilis, a doença de Chagas, a malária etc. Desde a década de 80 passou a ser preocupação universal a mais séria de todas essas complicações: a Aids (síndrome de imunodeficiência adquirida – Sida).

Os usuários de drogas injetáveis estão entre os indivíduos considerados de alto risco em relação à Aids e doenças sexualmente transmissíveis (DST), sem contar os casos de gravidez indesejada ou precoce. O vírus é transmitido, principalmente, pelo uso de agulhas de injeção não descartáveis e por contato sexual desprotegido, em razão do embotamento dos sentidos causado pela droga. Têm havido casos em que o espermatozóide atravessa o látex do preservativo e realiza a fecundação. Isto acontece porque o espermatozóide mede cerca de três microns, tamanho menor que os poros do preservativo. Portanto, mesmo quando se usa preservativo deve-se considerar que o vírus da Aids é dez vezes menor que o espermatozóide. Além disto, as camisinhas de vênus são constantemente reprovadas nos exames de controle de qualidade. Em outubro de 1996, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor divulgou que treze das vinte marcas mais usadas não cumpriam os requisitos de segurança para o produto.

Uma ocorrência a ser mencionada é a de alterações psíquicas agudas, mais comumente crises de agitação e ansiedade. Em algumas ocasiões surgem alucinações, com vivências muito intensas e que, às vezes, conduzem a atitudes arriscadas e perigosas, se não mesmo ao suicídio. O excesso da droga (“overdose”), e/ou a combinação com outras, principalmente as depressoras do SNC, constituem-se num risco a mais e já vitimaram muita gente. Nas gestantes, além das alterações na saúde da futura mãe com repercussões no feto, acontece a intoxicação deste pela droga. Assim é que, privado da droga que recebia através do sangue da mãe, o recém-nascido apresenta quadros nítidos de abstinência.

As complicações sociais, principalmente as familiares e funcionais, são da maior importância e, com frequência, ultrapassam as médicas. O estado de intoxicação, mais ou menos permanente, conduz à negligência para com os deveres sociais, em casa, no trabalho e na comunidade. À impontualidade, inassiduidade, mau desempenho na empresa, somam-se os maus tratos à mulher e aos filhos, descuido na educação destes, atraso no pagamento do aluguel e prestações. E, ainda, desavenças com vizinhos, comerciantes, prestadores de serviços.

A procura pela droga é complicada, gasta-se muito tempo com isto. Inúmeros artifícios são necessários para se chegar aos pontos de fornecimento (“bocas de fumo”), em horas variadas no meio do dia ou à noite. A droga é cara. O salário não é suficiente, o recurso, as horas extras, trabalhos paralelos, “bicos”, não chegam para cobrir as dívidas.

Acumulam-se os juros e os débitos com os cartões especiais e de crédito. É impossível haver tranquilidade, noção do cumprimento das obrigações, respeito aos direitos dos outros e a vida torna-se um caos.

O uso de drogas ilícitas dá margem a toda uma série de acontecimentos, envolvendo a justiça e a polícia e, perigosamente, os “donos” das drogas, os traficantes. Na falta de dinheiro para adquiri-las, o usuário associa-se a esses mercadores, após esgotar todos os possíveis pequenos furtos em casa, na escola, na empresa, nas ruas e lojas. Há toda uma teia de corrupção, tráfico de influência e violência em torno da droga, acabando muitas vezes de forma trágica.³³

4.3 Conseqüências na personalidade

Até há pouco tempo a toxicomania era freqüente na idade adulta, mas atualmente ela se tornou freqüente nos adolescentes. O exemplo de pais usuários ou a convivência de não usuários pode gerar problemas psicossociais de massa, tais como:

1) Alteração biológica – Todas as drogas causam danos à saúde física, sendo que vários órgãos podem ser seriamente comprometidos, causando várias doenças cardíacas, respiratórias, do aparelho digestivo, do aparelho sexual, e podem até levar à morte.

2) Alteração psicológica (afetivo, emocional) – As drogas podem causar várias alterações no campo psicológico dos dependentes, tais como: diminuição da atenção, concentração e memória, perda da noção do tempo e espaço, alterações bruscas de humor, perda da auto-estima, tornando-se uma pessoa passiva, insegura e introvertida, podendo causar depressão ou outros sintomas mentais mais graves.

3) Alteração social – As drogas prejudicam o desempenho social, profissional e afetivo, trazendo conseqüências como repetência escolar, afastamento da família, brigas com o namorado, rejeitar e ser rejeitado pelos amigos que não usam drogas. Para os adultos, perda de emprego, dinheiro, da família e dos amigos (rompimento dos vínculos sociais).³⁴

O toxicômano iniciado ou não no alcoolismo e no cigarro, sempre estará a um passo de se tornar dependente dos três porque os três são e estão intimamente interligados. Difícil alguém se ligar só a um deles; geralmente é a dois ou aos três, pois na verdade, o álcool, o fumo e qualquer outro tipo de droga não obedecem a nenhuma ordem para o início do consumo.

Em algumas cidades a entrega a domicílio em escolas, boates, bares, academias de ginástica, condomínios e onde mais houver consumidores, é realizada por meio de um disque-drogas, serviço em que as pessoas ligam para pedir o “preto” (maconha) e o “branco”

³³ Adaptado de texto disponível em <<http://www.eurocare.org/bluecross/>>, acessado em 03/10/2005.

³⁴ Idem.

(cocaína) pelo telefone. Motoboys, entregadores de pizza, motoristas de táxi, flanelinhas, estudantes, grávidas e velhinhas de boa aparência, acima de qualquer suspeita são alguns dos envolvidos na entrega da encomenda. (livreto, cit.)

A dificuldade em encaminhar os usuários dependente para tratamento e mesmo a própria constatação dessa circunstância por familiares, colegas ou chefes esbarra em certos aspectos da personalidade do dependente que é a ilusão a respeito de sua condição, com negação da realidade, minimização do problema, justificção do comportamento impulsivo, não admitindo a dependência química ou a presunção de que pára quando quiser e que consegue controlar o uso de drogas. Além disso, o dependente projeta suas dificuldades nas outras pessoas e vê características dos seus comportamentos nos outros, de forma que as pessoas que o rodeiam são o problema, tendendo a adotar mecanismos de manipulação. (livreto, cit.)

5. COMBATE ÀS DROGAS

Segundo os especialistas, há diversas formas de conter o avanço do consumo de drogas psicotrópicas, dentre elas:

- 1) diminuir a oferta do produto;
- 2) diminuir a demanda;
- 3) influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da demanda; e
- 4) diminuir as situações e os comportamentos de risco (violência, desequilíbrios emocionais, delinquência etc.).³⁵

Quanto à oferta, o tráfico de drogas é considerado um meio de vida fácil, apesar dos riscos, abrindo caminhos para ganhos financeiros e de poder. Seduz todas as camadas sociais, desde os desempregados e subempregados até as pessoas da classe média ou alta. Normalmente os traficantes se instalam em locais “esquecidos” pelo poder público, onde controlam a comunidade, a ponto de exigirem que os interessados peçam permissão para ali viver e trabalhar. Exigem exclusividade e contam com o silêncio da comunidade. Geralmente os próprios traficantes e passadores não usam droga. Embora haja uma guerra pelo controle da atividade, freqüentemente as áreas são demarcadas, ficando os poderosos na posse dos melhores pontos. Em todo lugar há drogas, mas só as encontra quem conhece. Os preços ao consumidor são atrativos, de forma que se adquire um papelote de cocaína por R\$ 10,00, uma pedra de crack por R\$ 3,00 a R\$ 5,00, um cigarro de maconha (baseado) por R\$ 5,00.³⁶ Outras drogas, que sob controle são consideradas lícitas, como as usadas na medicina (potencializadores, moderadores,

³⁵ Adaptado de texto disponível em <<http://www.eurocare.org/bluecross/>>, acessado em 03/10/2005.

³⁶ Relatórios Referentes a Pesquisa de Diagnóstico Rápido e Pronta Resposta Aplicada na Cidade de São Vicente em 1998, como Parte do Estudo Multicêntrico de HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis da OMS - Fase II. Disponível em <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/iepas2d4.htm>>, acessado em 26/08/2005.

energéticos, antidepressivos), são livremente vendidas em farmácias e drogarias. A exigência da presença contínua de farmacêutico nesses estabelecimentos pode ser uma forma de coibir, em parte, a venda fraudulenta de tais produtos.

A redução da demanda passa pela compreensão dos motivos para a iniciação e continuação do uso de drogas. Os principais são: satisfazer a curiosidade a respeito dos efeitos das drogas; conseguir uma sensação de “fazer parte” (insegurança social); expressar independência e/ou hostilidade (contra os pais ou figuras de autoridade); obter experiências agradáveis, emocionantes ou “criativas”, “viajar”, sair de si; favorecer uma falsa sensação de relaxamento; escapar de problemas, conflitos, dificuldades. Muitos casos advêm do comprometimento da estrutura familiar, baseado em hábitos (e o comportamento por imitação, o exemplo), o excesso ou falta de controle e disciplina. Se bem que o consumo de droga esteja infiltrado em todas as classes sociais, nas classes média e alta os usuários conseguem abafar o uso, pois estão menos expostos ao controle policial e, portanto, “dão menos ocorrência”. Os lugares para consumo são geralmente escondidos – cachoeiras, becos, janelas ou em shows e festas, o que dificulta o monitoramento.

Os dados acerca do consumo de drogas são controversos, pois durante muito tempo não houve uma política centralizada de coleta e divulgação de dados estatísticos. Um deles estima que cerca de 19% da população usa álcool e apenas 1% usa outra droga, principalmente a maconha. Na questão de gênero, com relação aos homens o perfil é de usar álcool. Por exemplo, uma pesquisa do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran), demonstrou que em 75% dos acidentes de trânsito com vítimas fatais, os motoristas estavam alcoolizados. Além disso, uma pesquisa da Organização Pan-Americana de Saúde demonstrou que fora dos países que vivem em situação de guerra, o álcool representa a maior causa de mortes violentas. No caso das mulheres, o mais comum é o uso de medicamentos psicotrópicos (Diazepam, Valium), chegando a consumi-los cronicamente por dez, vinte, trinta anos, passando do uso terapêutico para o abusivo. Em 1998, o Brasil foi considerado pela OMS como o maior consumidor de psicotrópicos e tranquilizantes.³⁷

Dentre as circunstâncias favorecedoras da manutenção da oferta e da demanda, não se pode esquecer que existe uma indústria do narcotráfico, que flerta com o poder em vários segmentos e que existe um apoio institucional subliminar à essência desse narcotráfico. Essa indústria foi muito bem utilizada via mercantilização, principalmente na Guerra Fria. As intervenções dos Estados Unidos no crescimento do movimento operário comunista, na Europa, era muito mais preocupante do que na URSS. A forma como os Estados Unidos intervieram na Grécia, na Itália, principalmente, foi difundir no meio operário a mercantilização da droga. Mais

³⁷ Fonte: Centro de Pesquisa e Assistência à Reprodução Humana (CEPARH), de Feira de Santana/BA, segundo Damiana Pereira de Miranda, durante debate no Centro de Estudos e Ação Social (Ceas), de Salvador/BA, sob o tema “*Vida, Sim; Dependência, Não!*”, realizado em 24-04-2001. Disponível em <<http://www.ceas.com.br/debates/debate.htm>>, acessado em 03/10/2005.

tarde foi também motivos de intervenção nos países da América Central com o apoio do Cartel de Medellín nas décadas de 1970 e 1980.³⁸

Questiona-se a ação do *Drug Enforcement Administration* (DEA), organismo dos Estados Unidos que atuou e atua nos países sul-americanos, ora apoiando, ora combatendo governos ditatoriais e títeres do imperialismo, com isso impedindo o progresso e causando ainda maiores problemas socioeconômicos a título de profligar a ação nefasta do narcotráfico nas estruturas nacionais.³⁹

É sabido, também, que há imbricações do narcotráfico com a delinquência transnacional, passando pela lavagem de dinheiro, sonegação fiscal, evasão de divisas, pirataria, tráfico de seres humanos e de armas e terrorismo. Eminentemente membros dos três poderes da República se vêem às voltas com as quadrilhas de narcotraficantes: ora são policiais os acobertando, ora são juízes os libertando, ora são parlamentares pugnando pela liberação das drogas ou pelo abrandamento das penas criminais pertinentes.⁴⁰

A despeito das teses liberalizantes, entretanto, especialistas apontam razões por que usar drogas deve constituir um crime, entre as quais:

1 – Fazem mal à saúde. Maconha provoca câncer, cocaína aumenta as chances de isquemia e ataque cardíaco. Além disso, o uso de drogas reduz a auto-estima e aumenta a chance de depressão.

2 – Causam dependência. Cocaína, heroína e maconha causam vício com o uso freqüente. Estatísticas indicam que até 10% dos usuários de maconha ficam dependentes.

3 – Incitam a violência. Na Holanda, 5.000 dos 25.000 dependentes de drogas são responsáveis por cerca de metade dos crimes leves. Na Inglaterra, eles respondem por 32% da atividade criminal.

4 – As mais leves levam às mais pesadas. Quase todos os usuários de drogas pesadas já consumiram maconha. O governo americano diz que fumar maconha aumenta em 56% a chance de consumo de outra droga.

5 – Sem punição, o uso vai aumentar. A Holanda liberou o uso de maconha e ele subiu 400%. Nos Estados Unidos, o uso de álcool caiu 50% com a Lei Seca (1920-33) e só voltou ao nível anterior em 1970.

6 – Causam prejuízo à sociedade. Usuários de drogas consomem mais recursos do sistema público de saúde e têm produtividade menor.

³⁸ Luís Carlos de Alencar Filho, durante debate citado na nota 37.

³⁹ Cf. em HUGGINS, Martha K. *Polícia e política: relações Estados Unidos/América Latina*. São Paulo : Cortez, 1998.

⁴⁰ *Relatório da CPI do Narcotráfico*, disponível em <<http://www.camara.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

7 – Pervertem quem as usa. O uso da droga transforma pessoas produtivas em indolentes, responsáveis em inconseqüentes, cidadãos em párias.⁴¹

6. CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS

6.1 Modelos de controle

Segundo GOMES⁴², há na atualidade, em termos mundiais, três tendências político-criminais em relação ao usuário de droga (e em relação à própria droga):

1) modelo norte-americano: prega a abstinência e a tolerância zero; as drogas constituem um problema policial e particularmente militar; para resolver o assunto adota-se o encarceramento massivo dos envolvidos com drogas; "diga não às drogas" é um programa populista, de eficácia questionável, mas bastante reveladora da política norte-americana. O paradoxo: na Guerra do Vietnã os EUA trocaram apoio por drogas. De outro lado, a solução "militar" para o problema da droga pode não ser a melhor: a interminável guerra na Colômbia evidencia a dificuldade enorme dessa política exageradamente repressiva.

2) liberalização total: a famosa revista inglesa The Economist, com base nos clássicos pensamentos de Stuart Mill, vem enfatizando a necessidade de liberar totalmente a droga; salienta que a questão da droga provoca distintas conseqüências entre ricos e pobres, realçando que só pobres vão para a cadeia.

3) modelo da "redução de danos" (modelo europeu): em oposição à política norte-americana na Europa adota-se a estratégia de não abstinência e não tolerância zero. A "redução dos danos" causados aos usuários e a terceiros (entrega de seringas, demarcação de locais adequados para consumo, controle do consumo, assistência médica etc.) seria o correto enfoque para o problema.

Constata o autor que a ONU vem sustentando o modelo norte-americano, mas que há uma tendência para descriminalização gradual do uso das drogas assim como pela política de controle (“regulamentação”) e educacional, utilizando-se a maconha como “droga de saída” para o usuário de drogas mais “pesadas”.

Ensina o autor que descriminalizar não é a mesma coisa que legalizar, pois significa apenas retirar de algumas condutas o caráter de criminosas, não implicando, entretanto, em retirar-lhes a ilicitude; o fato continua sendo ilícito (proibido), porém, exclui-se a incidência do Direito penal. Despenalizar significa suavizar a resposta penal, mantendo-se intacto o caráter de crime da infração, porém cominando-se penas alternativas.

⁴¹ Fonte: Revista Super Interessante. Disponível em <<http://www.mundoreal.blog.aol.com.br>>, acessado em 05/10/2005.

⁴² GOMES, Luiz Flávio. *Usuário de droga: prisão ou medidas alternativas?* 18/04/2004-12:16. Disponível em <<http://www.proomis.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

6.2 Reflexos do abuso no ambiente de trabalho

Muitas empresas se preocupam com o consumo de drogas entre seus funcionários, o que afeta diretamente o lucro. A Petrobrás, por exemplo, tem um programa específico para drogados. Sabe-se que os usuários de drogas se acidentam quatro vezes mais e são beneficiados por duas vezes mais licença médica do que os não usuários. Os usuários têm número maior de faltas, acentuada redução do potencial de trabalho, com reflexo na produtividade. Pela desatenção, podem causar acidentes e prejuízos psicofísicos para eles e para os colegas e também prejuízos à empresa, como quebra de equipamentos, etc. Dependendo do tipo de droga que é utilizada, os sintomas mais frequentes, que afetam a capacidade de trabalho, são falta de memória, falta de energia, fadiga, diminuição da coordenação motora, desatenção, desligamento e alteração da percepção, principalmente no caso do alcoolismo, o que se vê com muita frequência.

Além disso, é muito comum a irritação fácil por problemas de simples resolução, a hetero-agressividade, além dos demais problemas de saúde, que afetam o relacionamento. Por causa desses problemas, a maioria das grandes empresas cria mecanismos de controle que é muito mais em função de proteção do capital delas do que do trabalhador, mas acabam protegendo-o. O trabalhador, no ato da admissão, sabe que vai ser vigiado pela empresa e essa fiscalização é feita por supervisores e fiscais propriamente ditos, sempre de sobreaviso para perceber se há algum funcionário usando droga. Isso ameaça sua privacidade, mas ao mesmo tempo acaba sendo uma proteção, porque ele sabe que se for apanhado pode perder o emprego. Além disso, essas empresas têm uma política de tratamento e uma tolerância média para as pessoas que são drogadas, especialmente o alcoolista, porque os outros (casos mais graves) são denunciados à polícia como parte do acordo entre empresa e trabalhador.

O estresse do trabalho e a pressão social aumenta a vulnerabilidade do empregado. A dependência psíquica e física do álcool, em que as pessoas têm que beber desde manhã para funcionar, é oriunda de situações em que o indivíduo se acostuma com esse estado, para poder suportar as coisas. Suporta fome, pressão, desprezo, condições precárias de vida e de trabalho também. O indivíduo, o alcoólatra, pode ser rico ou pobre e, nesse caso, se vê que a pobreza agrava mais ainda a situação, inclusive devido às carências nutricionais.⁴³

6.3 Controle do uso indevido

O uso indevido de drogas psicotrópicas, normalmente associado à oferta ilícita, pode se dar, porém, de várias formas. Pode ser em razão do trabalho, por acidente, por dolo, por dependência provocada pelo uso terapêutico contínuo e por abuso voluntário.

⁴³ Fonte: Centro de Pesquisa e Assistência à Reprodução Humana (CEPARH), de Feira de Santana/BA, segundo Damiana Pereira de Miranda, durante debate citada na nota 37.

Em função do trabalho, o uso involuntário de substâncias psicotrópicas pode ocorrer, por exemplo, em relação aos trabalhadores em contato com gases, em refinarias e na fabricação de solventes e inalantes em geral. O controle, nesse caso, implica a adoção de medidas de segurança pelo fabricante, no sentido de dotar o trabalhador dos equipamentos individuais de proteção (EPI) necessários. O uso indevido pode se dar, então, tanto pelo descumprimento dessa obrigação básica por parte do empregador, quanto pela má qualidade ou desgaste do equipamento fornecido ou, ainda, pela utilização inadequada ou não utilização do equipamento pelo trabalhador. Uma rigorosa fiscalização por parte das autoridades trabalhistas e sanitárias, sindicatos e empregadores, aliada à conscientização dos trabalhadores é que vão minorar os efeitos desse tipo de uso indevido.

O uso indevido por acidente pode ocorrer em variadas circunstâncias, atingindo qualquer pessoa, no ambiente de trabalho ou não, principalmente crianças, devido à falta de cuidado dos que têm o dever de controlar as substâncias para que não sejam consumidas por engano. Pode ocorrer por acidente propriamente dito (como na hipótese inusitada de alguém se afogar num tonel de vinho), por erro ou ignorância. Assim, uma criança que tome medicamentos controlados sem necessidade, por engano, pode sentir os efeitos da ação psicotrópica e mesmo sofrer séria intoxicação, dependendo da dose. Dificilmente alguém vai consumir bebida alcoólica ou tabaco por acidente, embora possa ocorrer, quando, por exemplo, alguém já alcoolizado, não conseguindo perceber a diferença, continue a tomar a bebida alcoólica, pensando que é água. As típicas drogas de abuso também são de difícil ingestão acidental, como a maconha e a cocaína. Já a LSD, ecstasy e outras que simulam comprimidos podem ser confundidas.

Por dolo, nas espécies de fraude e simulação, alguém pode ser induzido a consumir droga como se fosse uma substância inócua ou outra droga de menor efeito psicotrópico. Assim, uma droga potente pode ser misturada a uma bebida alcoólica, cujo consumo é assentido pela vítima, mas não a da droga subrepticiamente administrada.⁴⁴ Já a coação é espécie de dolo de hipótese bem mais remota, podendo ocorrer associada a outro crime, seja para deixar a vítima sedada ou inconsciente e, portanto, sem condições de reagir, seja para influenciá-la ao cometimento de atos, lícitos ou não, a que não assentiria em seu estado sóbrio. Ao contrário do uso acidental, o uso com tais vícios do consentimento é oriundo de conduta criminosa e, portanto, sujeitam o autor às penalidades cabíveis. Enquanto o acidente pode responsabilizar alguém apenas culposamente, as demais formas de consumo não consentido sempre implicarão em dolo por parte do agente.

A situação de dependência provocada pelo uso terapêutico contínuo é fácil de ser intuída. Não é uma situação comum, visto que a dependência de medicamentos

⁴⁴ É famoso o golpe conhecido como “boa-noite, Cinderela”, em que a vítima, preferencialmente mulher, é induzida a ingerir certa droga, ainda desconhecida, misturada à bebida, ficando a partir daí, embora consciente, totalmente insciente de seus atos, e assim, submissa, é alvo de toda sorte de crimes, tanto de caráter patrimonial como pessoal, como sevícias sexuais e outros.

normalmente é voluntária, ainda que inicialmente não desejada e quase sempre sem qualquer controle médico. Numa moléstia terminal, por exemplo, a intensa dor pode ser amenizada pela administração constante de morfina, que causa dependência, a despeito do controle médico.

Por fim, a forma abusiva é a mais trágica e combatida por todos os segmentos da sociedade, em razão da aparente falta de justa causa (diz-se aparente porque, sob o ponto de vista do usuário, às vezes o abuso é plenamente justificado). Além disso, o uso abusivo é aquele que alimenta o tráfico ilícito, gerando toda a gama de intercâmbio criminoso que perpassa a atividade. Quanto às drogas lícitas, como o álcool e o tabaco, por serem potencialmente menos lesivas ao corpo social, em tese, é que são lícitas. No entanto, sabe-se que o tabaco é causa de enorme morbidade na população e prejudica especialmente o usuário. O álcool, além dessa circunstância, sempre esteve relacionado à delinquência em geral e em particular aos crimes e acidentes violentos, envolvendo, quase sempre alguém mais além do usuário. Ambas as drogas lícitas impõem à sociedade gastos substanciais em terapias, atendimentos ambulatoriais, internações, licenças médicas e aposentadorias precoces, além do esgarçamento do tecido social e familiar que provoca.

6.4 Controle internacional

O controle do uso indevido tomou o caráter oficial a partir do momento em que se verificaram os prejuízos causados à sociedade como um todo, em especial o provocado pelo abuso de drogas ilícitas. Considera-se que alguns segmentos são peças-chave no auxílio ao poder público no controle do uso indevido e tratamento dos dependentes, como a família, a escola, a igreja e o ambiente de trabalho. Ultimamente têm surgido outros agentes importante nessa atividade, que são as organizações não-governamentais (ONG) e entidades filantrópicas voltadas para tal desiderato.

No mundo todo há a preocupação em combater o uso indevido, sendo objetivo de organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e seus órgãos específicos como o Escritório contra Drogas e Crimes (*United Nations Office on Drugs and Crime* - UNODC). Segundo a UNODC, “o Brasil é um dos signatários das convenções internacionais sobre drogas de 1961, 1971 e 1988. Suas leis nacionais antidrogas são, de modo geral, consideradas adequadas. A lista oficial de drogas é atualizada regularmente de acordo com os desdobramentos do tráfico e consumo de substâncias ilícitas”.⁴⁵

Pelo Decreto nº 154/1991, o país aderiu, após sua aprovação pelo Congresso Nacional, conforme Decreto Legislativo nº 162/1991, à Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, concluída em Viena, em 1988, vigorando a partir de 1990. Suas precursoras foram a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961,

⁴⁵ *Perfil dos crimes e drogas no Brasil em 2005*. Disponível em <<http://www.unodc.org>>, acessado em 27-12-2005.

emendada pelo Protocolo de Modificação da Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1972 e a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971.

Referida Convenção dispõe acerca da produção, da demanda e do tráfico ilícitos de entorpecentes e de substâncias psicotrópicas, que representam uma grave ameaça à saúde e ao bem-estar dos seres humanos e que têm efeitos nefastos sobre as bases econômicas, culturais e políticas da sociedade, ao considerar a sustentada e crescente expansão dessa atividade nos diversos grupos sociais e, em particular, pela exploração de crianças em muitas partes do mundo.

O documento reconhece os vínculos que existem entre o tráfico ilícito e outras atividades criminosas organizadas, a ele relacionadas, que minam as economias lícitas e ameaçam a estabilidade, a segurança e a soberania dos Estados; que o tráfico ilícito é uma atividade criminosa internacional, cuja supressão exige atenção urgente e a mais alta prioridade; que gera consideráveis rendimentos financeiros e grandes fortunas que permitem às organizações criminosas transnacionais invadir, contaminar e corromper as estruturas da administração pública, as atividades comerciais e financeiras lícitas e a sociedade em todos os seus níveis.

O texto estabelece que o alcance incluirá as medidas de ordem legislativa e administrativa, que, como complemento da condenação ou da sanção penal, o delinqüente seja submetido a tratamento, educação, acompanhamento posterior, reabilitação ou reintegração social; que dentre as circunstâncias agravantes do delito seja considerado o fato de o delinqüente ocupar cargo público com o qual o delito tenha conexão.

A Convenção relaciona como substâncias entorpecentes as seguintes: acetona, ácido antranílico, ácido fenilacético, ácido lisérgico, anidrido acético, efedrina, ergometrina, ergotamina, éter etílico, 1-fenil-2-propanona, piperidin, pseudoefedrina e os sais dessas substâncias.

7. AÇÕES GOVERNAMENTAIS

7.1 Política Nacional Antidrogas (PNAD)

Em 1998 o Brasil aderiu aos Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas estabelecidos pelos Estados-membros da ONU, visando a concretização das medidas descritas na Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Com base no princípio da responsabilidade que orienta o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), foi lançada a Política Nacional Antidrogas (PNAD), aprovado pelo Decreto nº 4.345/2002, com enfoque na municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política

Nacional Antidrogas, em seu âmbito, incluindo a criação dos Conselhos Estaduais Antidrogas (Conen) e Conselhos Municipais Antidrogas (Comad).

A Política observa o necessário alinhamento à Constituição Federal no respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo País, em especial as diretivas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (UNODC), a Convenção da ONU contra a Corrupção, as diretrizes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e do Pacto Global (*The Global Compact*), bem como outras política de Estado, como o Plano Nacional de Segurança Pública e o Plano de Integração e Acompanhamento de Programas Sociais de Prevenção à Violência (Piaps).

Alinha como pressupostos básicos a busca da sociedade livre das drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas; o reconhecimento das diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada; a não discriminação; conscientização do usuário de drogas ilícitas acerca de seu papel nocivo ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros; o direito ao tratamento; a prioridade da prevenção; a cooperação internacional; reprimir a “lavagem de dinheiro”; a ação coordenada para impedir que o país seja usado como trânsito do tráfico internacional; o incentivo a estratégias e ações integradas nos setores de educação, saúde e segurança pública; redução da oferta por meio da efetiva persecução criminal; redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos; e aperfeiçoamento da legislação.

No tocante à prevenção o enfoque é na parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, decorrente da filosofia da “responsabilidade compartilhada”, apoiada pelos órgãos governamentais federais, estaduais e municipais, bem como considerar a redução do uso indevido no ambiente de trabalho como direito do empregado e obrigação do empregador.

No aspecto do tratamento, recuperação e reinserção social a PNAD a vê como um processo de diferentes etapas e estágios que necessitam ter continuidade de esforços permanentemente disponibilizados, destacando, na recuperação, a reinserção social e ocupacional.

Em relação à redução dos danos sociais e à saúde a PNAD reconhece a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva que deve ser incluída entre as medidas a serem desenvolvidas, sem representar prejuízo a outras modalidades e estratégias de redução da demanda.

Apóia as atividades inerentes, ênfatisando a redução de doenças infecciosas e definindo a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário como critérios de sucesso e eficácia para escolha das intervenções e ações de redução de danos.

No tocante à repressão, a política enfoca a necessidade de proporcionar melhoria nas condições da segurança do cidadão, buscando a redução substancial dos crimes relacionados às drogas, grandes responsáveis pelo alto índice de violência no País, mantendo coordenação dos setores governamentais e estimulando o engajamento de organizações não-governamentais e setores organizados da sociedade.

Para tanto pretende fornecer irrestrito apoio às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF), da Secretaria da Receita Federal, do Departamento de Polícia Federal, da Polícia Rodoviária Federal, das Polícias Cíveis e de todos os setores governamentais com responsabilidades no assunto.⁴⁶

7.2 Iniciativas para controle no setor público

Já em 1990, o governo federal norte-americano aprovara planos de análise toxicológica em 345 mil funcionários que ocupavam posições sensíveis em agências estatais, incluindo o departamento de transporte e as forças militares. As linhas mestras para a realização das análises adotadas inicialmente foram seis (*Bureau of Justice Statistics - BJS*):

- 1) análise aleatória em posições sensíveis (que envolvem risco ou posições previamente designadas);
- 2) análise voluntária para funcionários que desejassem participar dos programas;
- 3) análise baseada em suspeita razoável de consumo;
- 4) análise em condições especiais - principalmente acidentes de trabalho e desrespeito às normas de segurança;
- 5) análise de seguimento - aplicada nos indivíduos em programas de reabilitação naqueles com resultados anteriores positivos; e
- 6) análise de todos os candidatos a vagas nessas instituições.

Apenas relativamente ao alcoolismo, o comprometimento estimado é de 20% da força de trabalho ativa, a um custo de 19 bilhões de dólares (5,4% do produto interno bruto de nosso país) (Spinelli, E. & Silva, O.A. Imunoensaio de fluorescência polarizada e sua

⁴⁶ Adaptado do documento *Política Nacional Antidrogas*, disponível no sítio <<http://www.senad.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

aplicação na detecção de usuários de *Cannabis* - *Revista Brasileira de Toxicologia* 7(1/2): 37-43, 1994).⁴⁷

No Brasil o controle oficial é aquele determinado pela Lei Antidrogas. Já há uma preocupação para que o controle exista no seio das Forças Armadas.⁴⁸ Efetivamente o controle oficial se restringe a normas internas das corporações e esparsas leis estaduais, visando essencialmente o meio policial.

7.3 Controle nos meios policiais

Os policiais, principais agentes públicos responsáveis pela repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias psicotrópicas, não raras vezes são envolvidos pela atividade que deveriam reprimir.

Vários motivos podem ser apontados para tais ocorrências, como a proximidade com as pessoas que convivem com as drogas, quase sempre em contato com o submundo do crime, substrato social de trânsito obrigatório dos policiais, em razão de suas atribuições. Outra facilidade é a disponibilidade da própria droga, em razão das apreensões feitas e das freqüentes negociações que alguns policiais encetam no trato com pequenas infrações, especialmente a apreensão de pequenas porções. No legítimo intuito de se chegar ao grande traficante, muitas vezes o usuário é tido como informante, o qual recebe alguma benesse por alguma informação relevante, às vezes até parte do produto apreendido. O instituto da ação controlada, previsto na Lei nº 9.034/1995 (organizações criminosas) favorece essa conduta, pelo entendimento equivocado do policial de que pode exercê-la, quando deveria ser uma decisão única da autoridade policial. Como sucedâneo da repressão diferida, o policial obtém, sem controle, porções de droga que ficam à sua disposição, se for usuário ou até tentando-o a sê-lo. Noutra vertente, muitos policiais se associam de tal maneira ao tráfico que logo passam a ser protagonistas da atividade criminosa. É conhecido o caso do ex-coronel Hildebrando Pascoal, da Polícia Militar do Estado do Acre, que chegou a ser eleito deputado federal.⁴⁹

Assim, sabedora de que policiais estejam envolvidos com o tráfico sejam usuários, a própria polícia utiliza a tática de chegar aos traficantes por meio dos usuários existentes na própria corporação.⁵⁰

⁴⁷ ODO, Silvia Akemi, ARAÚJO, Adriano C., SANTOS, Alessandra F. dos, TOLEDO, Fernanda C. P., YONAMINE, Maurício, SILVA, Ovandir Alves, e LEITE, Marcos da Costa. *Indicações e limites das análises toxicológicas para substâncias psicoativas*. Disponível em <<http://www.adroga.casadia.org>>, acessado em 06/10/2005.

⁴⁸ LEMOS, Armando. *O teste toxicológico no Exército Brasileiro*. Monografia. Disponível em <<http://www.eceme.ensino.eb.br/posgraduacao>>, acessado em 07/10/2005.

⁴⁹ *Relatório da CPI do Narcotráfico*, disponível em <<http://www.camara.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

⁵⁰ BRAGA, Marco Aurélio. *Lista de policiais investigada em Joinville*. **A Notícia**, Joinville, 12/04/2000. Disponível em <<http://na.uol.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

No sentido inverso, às vezes policiais se infiltram em ambientes e comunidades de usuários, a fim de chegarem ao traficante, utilizando dissimulação, como vestir-se, falar e portar-se como um deles, como os policiais do Departamento de Investigação sobre Narcóticos (Denarc) da Polícia Civil do Estado de São Paulo, os quais trabalham na noite paulistana, na chamada “Operação Dancing”.⁵¹

Em algumas unidades da federação já existe uma preocupação em controlar o uso indevido de substâncias psicotrópicas no meio policial. A seguir, de forma exemplificativa, cita-se algumas dessas normas.

Assim, o Estado de São Paulo editou a Lei nº 10.859/2001, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de testes toxicológicos quando da admissão do oficial pelas Corporações da Polícia Militar e Polícia Civil”. A Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, implantou um Programa de Controle de Droga de Abuso, nos funcionários da Polícia Civil, Militar, Superintendência de Polícia Técnica e Detran, para minimizar os casos de acidente de trabalho e riscos diversos.⁵²

Em outubro de 2000, em solenidade presidida pelo então Secretário da Segurança Pública, Marco Vinício Petrelluzzi, o Governo do Estado de São Paulo implantou oficialmente, no âmbito da Secretaria da Segurança Pública, com o apoio da Secretaria da Saúde, o Programa de Prevenção ao Consumo de Drogas Ilícitas (Probem), com o objetivo de prevenir, controlar e dissuadir o uso de drogas ilícitas por servidores públicos ligados àquela secretaria.

Com a finalidade de demonstrar que não havia qualquer constrangimento em se submeter ao teste, durante a solenidade foi colhido material para teste de toda a cúpula da segurança do Estado. Além do Secretário da Segurança, participaram o Secretário-Adjunto da Segurança Pública, Mário Papaterra Limongi, o Comandante-Geral da Polícia Militar, Rui César Melo, o Delegado-Geral da Polícia Civil, Marco Antônio Desgualdo, o superintendente da Polícia Técnico-Científica, Celso Perioli, o corregedor da PM, Luiz Carlos de Oliveira Guimarães, e o corregedor da PC, Ruy Estanislau Silveira Mello.

Na ocasião Petrelluzzi destacou que

Atualmente, no Brasil e no mundo, a questão da droga vem assumindo proporções cada vez mais preocupantes, e nós entendemos que a polícia e a segurança pública não podem ser excluídas da sociedade. Portanto, certamente a droga também tem impacto dentro do nosso ambiente. Além disso, há um aspecto perverso, porque os profissionais da segurança, juntamente com os da área médica, talvez sejam os que tenham maior facilidade de acesso às drogas. Isso exige uma maior atenção por parte das autoridades no sentido da prevenção do consumo de drogas ilícitas. Trabalhar na

⁵¹ BRANCATELLI, Rodrigo. Revista AOL. Ano I, n. 24, 21 maio. 2004. Disponível em <<http://www.noticias.aol.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

⁵² GIMENEZ, Mário Perez; MARTINS, Ana Maria Gomes; FERNANDES, Priscila Monsano. *Alerta às drogas de abuso no acidente de trabalho*. Dissertação.

prevenção significa entender que o maior problema da droga está contido na pessoa que a consome. É ela que cria o mercado, que gera o tráfico e assim sucessivamente. E não se consegue prevenir adequadamente o problema das drogas sem ter uma abordagem positiva em relação à pessoa que consome.

O Problema tem caráter preventivo, ou seja, visa amparar, valorizar e recuperar o dependente utilizando tratamentos médicos e psicológicos, mesmo para os profissionais que não tenham se submetido ao exame biológico, mas manifestem interesse em realizá-lo.

Os pontos mais importantes do plano são:

- 1) processo aleatório de escolha, controlado pela Secretaria da Segurança Pública, dos policiais ou funcionários que serão submetidos ao teste;
- 2) os testes são de urina ou de cabelo;
- 3) garantia de sigilo para quem se submeter ao teste;
- 4) em caso de recusa, o teste não é feito (a recusa, apesar de não acarretar sanções disciplinares, será anotada no prontuário do funcionário público prestador de serviço de segurança);
- 5) se o resultado for positivo e o policial ou funcionário atuar em uma área que exija destreza e concentração, por exemplo, pode haver uma transferência para um setor onde essas qualidades não sejam fundamentais; e
- 6) policiais ou funcionários eventualmente não testados, se desejarem, poderão fazer o tratamento multidisciplinar de recuperação.

O programa é executado mediante acordo com a Escola Paulista de Medicina (Unifesp), para a coleta do material utilizado no antidoping e realização do tratamento multidisciplinar de recuperação, que leva em conta as especificidades do trabalho policial. Os testes são realizados pela Faculdade de Farmácia da USP, escolhida após processo licitatório.⁵³

Segundo o coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad), do Departamento de Psiquiatria da Unifesp, Ronaldo Laranjeira, “ajuda a policiais dependentes de drogas depende de política de tratamento e não de ameaça. Não faz sentido o policial usar drogas. A corporação deveria ter algum tipo de controle sobre isso. Só haverá condições de ajudar se houver não uma política de ameaça, mas de tratamento”.⁵⁴

⁵³ *Cúpula da segurança se submete a teste antidoping durante lançamento do Programa de Prevenção ao Consumo de Drogas Ilícitas.* Disponível em <<http://www.ssp.sp.gov.br>>, acessado em 07/10/2005.

⁵⁴ ZORZETTO, Ricardo. *Policiais usuários de drogas receberão tratamento multidisciplinar.* Disponível em <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed149/assis4.htm>>, acessado em 03/10/2005.

Pela Lei nº 2.076/2000, o Estado de Mato Grosso do Sul “torna obrigatória a avaliação e acompanhamento médico, psicológico e social, aos policiais civil, militar e bombeiro militar, em atividade”, nos seguintes termos:

Art. 1º O policial civil, militar e bombeiro militar em atividade no Estado de Mato Grosso do Sul, a cada semestre, deverão ser submetidos obrigatoriamente à avaliação e acompanhamento médico especializado, psicológico e social.

§ 1º A avaliação médica, de que trata o caput deste artigo, abrangerá as especialidades de cardiologia, ortopedia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria e demais consideradas necessárias pela medicina especializada, a critério da Junta Médica de Avaliação, e deverá ser obrigatório o exame toxicológico.

Igualmente o Estado do Rio de Janeiro, pela recente Lei nº 4.565/2005, dispõe sobre a avaliação dos servidores policiais, na forma seguinte:

Art. 1º Todos os integrantes dos quadros de Polícia Estadual, civis e militares, deverão ser avaliados em suas condições físicas, mentais e emocionais, não só para efetivação do ingresso na respectiva corporação como, posteriormente, a cada 36 (trinta e seis) meses.

Parágrafo único. Na avaliação médica descrita no caput, os policiais civis e militares deverão, obrigatoriamente, ser submetidos ao Exame Toxicológico e encaminhados para o devido tratamento no caso do Laudo Médico ter resultado positivo.

Art. 2º O servidor policial será examinado por junta médica multidisciplinar, constituída em unidades de rede de saúde pública para tal fim designadas e aparelhadas, devendo os exames estarem de acordo com os critérios técnicos e éticos estabelecidos pelos Conselhos Profissionais competentes, devendo ainda os pareceres emitidos indicarem, se necessário, a pertinência de acompanhamento médico ou psicológico e de reciclagem profissional.

§ 1º No caso de haver discordância quanto ao resultado do exame, o policial examinado poderá ser submetido à nova junta médica designada pelo Secretário de Estado de Saúde, cujo parecer, no âmbito administrativo, será irrecorrível.

§ 2º A autoridade militar a que estiver vinculado o servidor, uma vez decorrido o período referido no artigo 1º desta Lei, promoverá a intimação pessoal deste último, a fim de que o mesmo se apresente, no prazo de 30 (trinta) dias, à junta médica multidisciplinar referida no caput deste artigo.

§ 3º A avaliação deverá ser consumada dentro dos 90 (noventa) dias subseqüentes ao período referido no artigo 1º desta Lei.

§ 4º O servidor policial que deixar de se apresentar para avaliação, no prazo fixado no § 2º deste artigo, será afastado de suas funções e terá suspensão a sua remuneração, uma vez apurada a ausência de justa causa em processo administrativo disciplinar.

Anteriormente fora editada a Lei nº 3.711/2001, que dispunha sobre o mesmo tema, incluindo os bombeiros militares e ampliando as ocasiões de exigência do teste para

concursos, cursos ou promoções, além do admissional, mas omitia o periódico. Referida lei foi considerada inconstitucional pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, em Representação por Inconstitucionalidade nº 119/2003 (Processo nº 2003.007.00119), por vício de iniciativa, visto que o projeto da lei havia sido deflagrado na Assembléia Legislativa, sendo de iniciativa privativa de Governador do Estado.

Atualmente as corporações policiais já exigem o teste toxicológico para ingresso em suas fileiras. Em obediência à lei paulista mencionada, a Academia de Polícia Militar do Barro Branco, da Polícia Militar do Estado de São Paulo inseriu no Edital nº APMBB-1 3/13/05 o seguinte dispositivo: “3.3.2.4 os candidatos serão, também, submetidos a exame toxicológico, preconizado pela Lei n.º 10.859, de 31 de agosto de 2001”.

No caso da Polícia Civil do Distrito Federal, embora não haja lei específica, também passou a exigir, em seus editais, o teste toxicológico. Como exemplo, os Editais nº 26/2005 e 30/2005, que regularam os concursos públicos para agente penitenciário e delegado de polícia, respectivamente:

3.6 Imediatamente após a realização dos testes físicos, os candidatos que galgarem o resultado "apto" poderão ser submetidos a novo exame toxicológico de que trata a alínea "r" do subitem 11.9.3 do Regulamento do Concurso, que será realizado por junta médica designada por esta Chefia de Polícia, composta por Peritos Médicos-Legistas da Polícia Civil do Distrito Federal, com ônus para esta Instituição.

3.6.1 O candidato que obtiver resultado positivo no exame toxicológico será prontamente eliminado do Concurso Público.

3.6.2 A coleta de urina dos candidatos poderá ser efetuada no local dos testes por equipe designada pela junta médica.⁵⁵

7.4 Controle privado

7.4.1 Direito comparado

Na Europa a dificuldade começa na existência cinquenta países, com cinquenta realidades diferentes. Em alguns países há “coffee shopping” que só vendem drogas. A tendência é o uso de drogas novas, especialmente originárias drogas da Rússia (anabolizantes) e a precocidade. De 1979 a 2000 dobrou o número de usuários na de drogas psicotrópicas na Europa. Este é um dos motivos porque são realizados os testes, além do fator motivacional; da experiência acumulada, já que 3% dão positivo (no Aeroporto de Frankfurt, com 30 mil empregados, 12% a 14% dos testes dão resultado positivo); em razão de as empresas clientes exigirem os testes, uma vez que nova lei na comunidade européia impõe que todos os motoristas

⁵⁵ Disponível em <<http://www.nce.ufrrj.br/concursos>>, acessado em 27/09/2005.

de caminhão serão obrigados a fazer o teste freqüentemente. São considerados ainda a segurança dos motoristas e da comunidade, o aumento do consumo de drogas (problema social), o impacto na imagem da empresa e a questão da responsabilidade social. O Reino Unido é o país que faz mais teste de drogas na Europa. Na Itália é considerado ilegal. Os testes são realizados nos países nórdicos, Suécia e Finlândia principalmente, e têm crescido na Suécia, sendo 70% auto-aplicados. Das 100 maiores companhias da Suécia, 51 estão fazendo testes de drogas. Assim como no Brasil, mais recentemente, os casais suecos são orientados a revesar, nas festas, ao consumirem bebidas alcoólicas: se um vai ter de dirigir de volta então não bebe.⁵⁶

Nos Estados Unidos 8% dos trabalhadores de tempo integral usam drogas, 70% dos usuários estão empregados e 10,5% empregados em tempo parcial. No ano de 2002 cerca de 17% ou 16,6 milhões de pessoas de 18 anos acima usavam drogas ilícitas. O custo com as drogas chega a US\$ 70 milhões. Consta que até 1932 havia cocaína na coca-cola. Em fins dos anos 60 foram indicados os testes de drogas. A princípio era utilizado para identificar pessoas que apresentavam sintomas de overdose. No governo Clinton foi abolida a obrigatoriedade dos testes de drogas durante o, que foi readotado pelo governo Bush. Antes do teste propriamente dito é realizada uma triagem para diminuir os custos.⁵⁷

Na Austrália e Nova Zelândia, a partir de 1992 empresas multinacionais (americanas) insistiram em adotar as mesmas políticas das empresas nos países de origem. Em 2001, por meio de lei foi implantado um modelo de teste de drogas para trabalhadores dessas empresas sediadas nesses países. O critério para escolha aleatório não é fixo, ou seja: a qualquer tempo todos os empregados de um determinado setor podem ser testados.⁵⁸

Em Portugal 70% dos usuários de álcool são empregados e 65% dos usuários de drogas ilegais estão trabalhando. Dez por cento da população portuguesa faz uso abusivo do álcool. No serviço público a Marinha portuguesa foi uma das pioneiras e desde 1987 a adota testes de drogas, pois em 1980 a Marinha identificou que 22% das pessoas submetidas aos testes deram resultado positivo. Norma de 2002 estabeleceu a necessidade de oficializar os testes para acompanhar o consumo abusivo do álcool. Como resultado do programa da Marinha (Projeto Vencer), que atua prevenindo, formando, controlando e avaliando, 83% dos testados afirmaram que os testes são a razão de não voltarem a usar drogas e 27% afirmaram que voltariam a usar drogas se não fossem submetidos aos testes quinzenais. O Controle Analítico Quinzenal é obrigatório para todos que são pegos nos testes e que fazem uso contínuo de álcool

⁵⁶ BORLOV, Per, Presidente da European Work place Drug Testing Society (Suécia), in palestra proferida no *Simpósio Internacional Ambiente de Trabalho Livre de Drogas*, realizado pelo Instituto Brasileiro de Estudos Toxicológicos e Farmacológicos (IBET) e a entidade médica Corplus, dentro do Programa Empresa Livre de Drogas. Relatório disponível em <http://www.penielpacheco.com.br/0_SimposioAmbienteDrogas.pdf>, acessado em 31/10/2005.

⁵⁷ MORRIS, Dexter, Presidente da Work Place Sercning (EUA), in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁵⁸ NOLAN, Susan, toxiloga forense neozelandesa, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

ou drogas. Há dois tipos de seleção adotados: por escolha aleatória (computador) ou nomeação e por suspeita de consumo, tráfico ou distribuição.⁵⁹

7.4.2 Controle no Brasil

Uma das formas de controle de caráter social é a realizada no ambiente de trabalho. Consta que de 12% a 23% das pessoas usam drogas nas empresas. À falta de uma legislação trabalhista que regule o assunto, estima-se que pelo menos trezentas empresas brasileiras realizam testes toxicológicos no ambiente de trabalho.⁶⁰ Dados da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp), porém, estimam que 1.500 empresas já adotaram esse tipo de programa.⁶¹

A Empresa Brasileira de Aeronáutica (Embraer, 13.000 funcionários), a Esso do Brasil, a Empresa Metalurgia - Caterpillar e a Transportadora Americana são algumas das companhias que adotam os testes em seus programas de prevenção ao uso de drogas. Dois laboratórios de São Paulo, o da Universidade de São Paulo - USP e o Laboratório de Análises Toxicológicas – Maxilab, concentram a maioria das avaliações feitas no país. O Maxilab fez nos últimos três anos 10.130 testes com material colhido (urina e cabelo) de funcionários de 227 empresas brasileiras, a maioria do setor de transporte rodoviário. O Laboratório de Análises Toxicológicas, dirigido por dois professores da USP, atende grandes firmas e analisou no mesmo período 37 mil amostras recolhidas em 73 clientes.

Na Embraer foi implantado um programa de qualidade de vida em 1984 e, em 2000, o teste toxicológico, que é realizado em 100% dos admitidos, dos que trabalham no exterior e dos envolvidos em incidentes. Dos demais, são testados 30%, por sorteio periódico.⁶² Na Esso Brasileira a implantação de um programa com a realização de análises toxicológicas, de forma sistemática e rotineira, vem desde 1990.⁶³

Na empresa Caterpillar Brasil se orienta o empregado que o tratamento do alcoolismo (problema de saúde) não é diferente do tratamento da hipertensão, diabetes, etc. Assim como a empresa investe no tratamento das outras doenças em benefício do empregado o alcoolismo também deverá ser tratado assim. A empresa paga todo o tratamento, que inclui grupos de apoio, internação, orientação psicológica e apoio para aquisição de medicamentos. Os

⁵⁹ TAVARES, Humberto M. Rodrigues, oficial da Marinha de Portugal, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁶⁰ *Empresas brasileiras realizam testes toxicológicos*. Autor: Agência Folha Online. Fonte: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid). Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br>>, acessado em 31/10/2005.

⁶¹ SILVA, Ruy Martins Antenfelder, presidente do Instituto Roberto Simonsen, em palestra realizada no Simpósio..., cit.

⁶² MOTA, Ana Maria, responsável pelo Programa de Dependência Química da Embraer, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁶³ GIMENEZ, Mário Perez; MARTINS, Ana Maria Gomes; FERNANDES, Priscila Monsano. *Alerta às drogas de abuso no acidente de trabalho*. Disponível em <<http://www.ibemol.com.br>>, acessado em 06/10/2005.

testes são realizados desde 1998, a um custo de 36 mil dólares gastos e retorno de 41 mil dólares.⁶⁴

Na Transportadora Americana o programa foi implementado em 2000, objetivando a conscientização, com caráter preventivo e não punitivo; identificar os dependentes químicos e fazer a abordagem, obtendo-se antes um nível de confiança no programa; e proporcionar condições de tratamento. A aplicação dos testes é obrigatória na admissão e periodicamente, após avaliação médica, mediante sorteio mensal. O candidato é informado sobre o programa já na entrevista e ao ser contratado assina um termo de concordância. O método consiste em analisar o ar respirado (bafômetro) em cada local de saída ou chegada, para todos os motoristas. As coberturas incluem equipe de apoio, tratamento ambulatorial especializado, medicamentos, assistência aos familiares e transporte, se necessário. O acompanhamento é feito por equipe de psicólogos e a observação dia-a-dia pelo superior imediato, sendo registrados os casos detectados (com laudo). Dos custos com tratamento ambulatorial a empresa paga 80% para o funcionário, e 50% para os agregados, ficando por conta do paciente em caso de recaída. As medidas disciplinares são as previstas em lei e se baseiam em políticas claras, de acordo com o Código de Ética da empresa.⁶⁵

As empresas são responsáveis pela coleta de material, feita com kits enviados pelos laboratórios, que custam cerca de R\$ 75,00 cada. Dessas 47.130 amostras, houve em média 2% de casos positivos. Nas análises da USP, 54% consumiram maconha e 31%, cocaína. Anfetaminas e metanfetaminas respondem pelos 14,99% restantes dos casos positivos. No Maxilab, a maconha também é líder, 55,5%, mas as anfetaminas são mais frequentes, 27%, que a cocaína, 17,5%, nos testes que apontam consumo. Os exames toxicológicos são polêmicos tanto do ponto de vista jurídico como do médico.

Advogados entendem que, na falta de lei trabalhista que proíba a prática desses exames, prevalecem os princípios de legalidade e direito do indivíduo à intimidade, à vida privada e à imagem, previstos na Constituição Federal. Ou seja, o empregado faz o teste se quiser, desde que a empresa aja dentro da legalidade, deixando a decisão a critério do funcionário e mantendo o resultado em sigilo. Para a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), porém, os testes geram constrangimento e, devido à fragilidade dos contratos de trabalho e aos altos índices de desemprego no país, os trabalhadores se sentem praticamente coagidos a fazê-lo. Segundo o advogado Marcelo Pereira Gômar, Diretor da Tozzini Teixeira e Silva Advogados, não existem entraves jurídicos quanto à realização de exames toxicológicos, existem entraves políticos que acabam interferindo na juridicidade.⁶⁶

⁶⁴ TREMOCOLDI, Yara Martins, Coordenadora do programa de recuperação de dependentes químicos da Carterpillar Brasil, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁶⁵ MARQUES, Isabel Cristina, Supervisora de Ética e Responsabilidade Social da Transportadora Americana, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁶⁶ GÔMARA, Marcelo Pereira, Diretor da Tozzini Teixeira e Silva Advogados, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

Entende-se que os testes exploram a necessidade que o trabalhador tem do emprego e que a recusa implicará alguma forma de punição, como a utilização de outros mecanismos para mandá-lo embora

Na área médica, segundo o Código de Ética, os resultados dos testes são sigilosos e apenas o médico do paciente deveria ter acesso a eles. Embora os laboratórios só costumem aceitar amostras encaminhadas por médicos sem identificação do funcionário, quando a informação chega às empresas é compartilhada com funcionários da área de recursos humanos ou diretamente envolvidos na terapia e com a chefia direta do funcionário. Uma forma de o laboratório e o médico superar a questão ética é aceitar a realização dos testes apenas quando existir programa de prevenção ao uso de drogas já consolidado, como parte da responsabilidade social que as empresas têm com os seus funcionários.

Um empregado sob influência de substâncias psicoativas está mais propenso a cometer danos à sua própria vida, à de terceiros e ao patrimônio da empresa em razão da falta de concentração, do prejuízo dos reflexos, da desatenção na utilização de equipamentos de segurança e da alteração do estado de humor. No Brasil não há estatísticas no que relacionem acidentes de trabalho à dependência química, mas nos Estados Unidos, estima-se que 65% dos acidentes de trabalho estejam ligados ao uso de drogas ilícitas ou de álcool. Aqui apenas 16,5% das empresas tem algum tipo de programa de prevenção ou tratamento, enquanto lá são 90%.⁶⁷

Outra questão polêmica é sobre a metodologia das análises. Cientistas entendem que um resultado positivo revela apenas o contato do indivíduo com certa droga, mas não a quantidade consumida ou o lapso de tempo entre o consumo e a análise (vide Quadro 9.1).⁶⁸

O custo com programas de prevenção é altamente vantajoso, pois a dependência traz ônus extras para as empresas, em razão do absenteísmo, da insegurança e da imagem negativa que pode passar. A dependência é uma doença contagiosa, que contamina os demais empregados. Portanto o foco da questão deve ter caráter médico. As medidas profiláticas quase sempre dão resultado, de que é exemplo a queda no consumo de cigarros após intensa campanha de esclarecimento. é uma realidade. Os grupos de auto-ajuda existentes ou criados dentro das empresas facilitam a implantação de programas de controle.

⁶⁷ Dr. WONG, Anthony, Diretor do IBET, in palestra proferida no Simpósio..., cit.

⁶⁸ Empresas brasileiras realizam testes toxicológicos. Autor: Agência Folha Online. Fonte: OBID. Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br>>, acessado em 31/10/2005.

7.4.3 Resultados dos programas implementados

Um relato contundente do problema de consumo de drogas nas empresas, que podem servir como paradigma para o serviço público, é feito por GRACIANI e MÜLLER.⁶⁹

Segundo esses autores, as empresas estão se tornando um local propício para o consumo e até mesmo para a compra de drogas. O velho dogma de que o vício não combina com o trabalho parece ter perdido a validade. Alcoólatras e usuários de maconha, cocaína e outros entorpecentes convivem hoje com funcionários sadios, sem levantar qualquer suspeita. Embora com dificuldades peculiares, eles cumprem suas tarefas e tomam decisões importantes. Muitos conseguem até evoluir na carreira, o que só torna mais difícil o diagnóstico e o eventual tratamento, pois dificilmente alguém suspeita de uma pessoa aparentemente bem-sucedida. Embora oculto, o flagelo das drogas gera prejuízos concretos para as empresas, de acidentes no trabalho à perda de rendimento de profissionais talentosos. Dependendo do tamanho da organização, é possível até que pequenos traficantes estejam na folha de pagamento.

O problema não é novo, pois as drogas sempre estiveram presentes em locais de convivência social como escolas, universidades e clubes, mas há sinais de que estão se tornando um autêntico problema de saúde corporativa. Uma pesquisa da OMS assegura que pelo menos 71% dos dependentes norte-americanos estão regularmente empregados. No Brasil, as estatísticas são desconhecidas, mas os especialistas concordam que o índice tende a ser semelhante ao dos Estados Unidos. Segundo a Associação Brasileira de Estudos do Alcool e Outras Drogas (Abead), pelo menos metade dos usuários brasileiros tem emprego fixo. “Ninguém escapa. Até na área religiosa há uma incidência elevada de alcoolismo”, exemplifica o professor Ovandir Alves Silva, diretor científico do Maxilab, um dos mais respeitados laboratórios de análises toxicológicas do país. Na indústria, estima-se que um em cada dez empregados é alcoólatra.

Diversos fatores explicam o surto de dependência no ambiente empresarial. Um deles é a crescente flexibilização das relações de trabalho. Cada vez mais profissionais desempenham suas funções sem qualquer horário determinado. Muitos sequer aparecem na empresa: ficam em casa mesmo, comunicando-se com chefes e subordinados apenas por e-mail ou telefone, situação bastante confortável para quem trabalha sob o efeito de psicotrópicos. Em geral, funcionários sem supervisão têm mais chances de usar drogas e álcool durante o expediente. “São eles que podem beber durante o dia sem chamar a atenção”, explica Raul Caetano, consultor da Organização Pan-Americana de Saúde, braço da OMS para a América Latina. É claro que a simples flexibilização do trabalho está longe de causar qualquer problema.

⁶⁹ GRACIANI Marcos e MÜLLER, Andreas (colaboração de Karine Moura Vieira). Adaptado de *Narcóticos: cadê a "responsabilidade social corporativa" aí?* **Revista Amanhã**. 30 mar. 2005. Disponível em <<http://amanha.terra.com.br/edicoes/208/capa01.asp>>, acessado em 31/10/2005. Os nomes dos pacientes foram omitidos.

Ao contrário, é até recomendada em casos de estresse. Mas as pessoas que têm predisposição à dependência química geralmente sucumbem ante a falta de horários, de cobranças e, principalmente, de limites.

Há também uma espécie de simbiose entre o vício e o trabalho. Primeiro, porque as drogas “ajudam” a enfrentar as durezas da rotina diária. “São conhecidos os casos de pessoas que buscam substâncias para reduzir a ansiedade, para se manter acordadas e para tentar melhorar o desempenho profissional”, lembra a psicóloga Ana Cristina Limongi França, especialista em qualidade de vida no trabalho pela Universidade de São Paulo. Além disso, ter um emprego é essencial para quem precisa bancar doses incessantes de cocaína e outras substâncias. Há casos em que o trabalhador se afunda tanto nas drogas que precisam varar a noite trabalhando para recuperar o atraso. Sem contar o afastamento dos amigos, a perda de promoções e da auto-estima.

A questão, porém, já não se resume ao consumo. Envolve também a compra e venda de entorpecentes no local de trabalho. Involuntariamente, as empresas começam a abrigar pequenos traficantes. “Geralmente, trata-se de um funcionário que usa a droga e conhece um canal de tráfico. Aí ele vai lá e compra uma quantidade suficiente para trocar com os colegas e para ele próprio consumir”, resume Fernando Amaro de Moraes Caieron, chefe da Delegacia de Repressão a Entorpecentes da Polícia Federal em Santa Catarina. Na prática, a empresa representa um lugar seguro para se adquirir maconha ou cocaína: está acima de suspeitas e a polícia não tem poder legal para realizar incursões ou fiscalizações-relâmpago dentro das organizações. E tampouco há interesse nisso, já que as ações de segurança pública visam aos grandes traficantes.

O resultado é que os usuários podem encomendar drogas com relativa tranquilidade enquanto estão no serviço. “A compra e venda de drogas acontece dentro das companhias, através de mensageiros e motoboys. Há casos em que o produto chega em um envelope como se fosse uma encomenda qualquer”, descreve Luís Ricardo Botelho, presidente da Corplus, agência de serviços médicos especializada em programas de desintoxicação corporativa.

Um estudo realizado pelo laboratório Maxilab mostra que os dependentes são uma fonte inesgotável de custos. Em média, os funcionários que consomem drogas utilizam os serviços de saúde das empresas até dezesseis vezes mais do que seus colegas sadios. Mas em matéria de licenças hospitalares – necessárias para internação ou tratamentos de emergência –, a diferença é de oito vezes. Inevitavelmente o problema afeta a produtividade. Empregados usuários de droga faltam dez vezes mais ao serviço. “Os dependentes também colocam em risco o resto da equipe. Podem cometer atos impulsivos, arriscados e até envolver outras pessoas em acidentes”, avisa Regina de Moraes Moreau, especialista da Sociedade Brasileira de Toxicologia (SBTox). A *American Management Association* (AMA) estima que os usuários de substâncias psicoativas são responsáveis diretos por até 65% dos acidentes de trabalho.

Quando se trata de executivos e profissionais de alto escalão, os prejuízos passam a ser incalculáveis. Segundo Luís Ricardo Botelho, da Corplus, a produtividade média de um usuário chega a ser 30% inferior. Pode-se imaginar, portanto, o que ocorre em uma companhia cujas principais decisões são tomadas por um presidente alcoólatra. “Há uma mudança radical, e para pior. A pessoa se torna mais agressiva e cria conflitos com os subordinados. Em pouco tempo, ela fica vulnerável a distúrbios de sono e apetite, e isso acaba se refletindo em toda a empresa”, detalha Ana Maria Rossi, presidente da seção brasileira da *International Stress Management Association* (ISMA), maior entidade de combate ao estresse do mundo.

Um desses casos aconteceu na unidade brasileira da Caterpillar, uma das maiores fabricantes de tratores e máquinas industriais do mundo. Um executivo norte-americano foi destacado para um dos cargos de direção da empresa no Brasil. Tinha todos os requisitos necessários para o cargo: dedicação, empenho e talento. Pouca gente sabia que aquele homem, aparentemente bem-sucedido, era na verdade um alcoólatra. O problema só se tornou visível depois de algum tempo, quando o novo diretor começou a beber durante o trabalho. Deixava de cumprir tarefas e de honrar compromissos importantes. Até que, claramente debilitado, foi convocado a entrar no programa de apoio a dependentes químicos da Caterpillar – que, na época, existia apenas na matriz da empresa, nos Estados Unidos. Ao final, o tratamento do executivo motivou a vinda do programa para o Brasil e transformou a filial da Caterpillar em uma referência no combate à dependência.

A experiência deixou lições importantes. A principal delas: quanto maior a hierarquia do usuário, mais difícil é encaminhá-lo a um tratamento adequado. “Na área administrativa, o dependente tem mais liberdade para determinar horários. Se estiver de ressaca, pode se isolar e pedir à secretária para não ser incomodado. Em resumo, ele pode ditar as regras”, ilustra Yara Martins Tremocoldi, coordenadora do Programa de Recuperação de Dependentes Químicos da Caterpillar. Esse poder interfere em todo o esquema de diagnóstico e tratamento recomendado pelas assistentes sociais e psicólogos. Em tese, cabe aos chefes monitorar os suspeitos de dependência, encaminhando-os para um serviço de apoio específico. “É comum o supervisor tentar acobertar o empregado. Mas o correto é não ter nenhuma compaixão. Deve-se encaminhar o dependente para um serviço médico competente”, esclarece Yara. O problema, contudo, fica sem solução quando o usuário já ocupa um cargo de chefia.

No final das contas, a dificuldade de diagnóstico é mais um dos fatores que favorecem o uso de drogas no ambiente de trabalho. No Brasil, muitos empresários relutam em implantar programas formais de combate ao vício simplesmente porque temem manchar o nome da companhia ou criar um clima de desconfiança entre os funcionários. De acordo com a Associação Brasileira de Estudos do Alcool e Outras Drogas (Abead), apenas 5% das empresas do país contam com uma estrutura específica para diagnosticar e tratar dependentes químicos. “Diante do problema, prefere-se adotar a política do avestruz, a de esconder a cara”, critica Ana

Cecília Marques, presidente da Abead. A negligência leva as companhias a buscar soluções improvisadas. Despreparados, muitos gestores até agravam o problema. “Meu chefe chegou a beber junto comigo na tentativa de me ouvir e me ajudar”, relata um ex-usuário, de 45 anos. “Ele mandava eu ir para casa, descansar, e até se envolvia pessoalmente no assunto. A intenção era ajudar, mas ele só facilitava as coisas para mim”, acrescenta. Viciado em álcool e cocaína, ele era administrador da Embraer no Aeroporto de São José dos Campos, em São Paulo. Com a complacência do chefe, afundou-se nas drogas – chegou a desmaiar no saguão do aeroporto. Até o dia em que foi mandado ao departamento de serviço social da empresa. Com a abordagem adequada, os médicos conseguiram convencê-lo de que estava doente. Ficou 37 dias internado. Hoje, recuperado, é consultor em programas de combate à dependência química em gigantes como Basf e a própria Embraer. “A empresa é o melhor ambiente para se ajudar uma pessoa com esse problema”, garante.

Em vez de ajudar, porém, a maioria das companhias prefere simplesmente botar os dependentes no olho da rua. A própria lei incentiva a demissão. Pelo código trabalhista brasileiro, embriagar-se e usar outras drogas são faltas mais do que suficientes para o funcionário receber um cartão vermelho. Além disso, a antiga Lei Antitóxicos, criada em 1976 para nortear a repressão ao narcotráfico no Brasil, trata como criminosos tanto traficantes quanto usuários. A falta de uma distinção ajudou a disseminar o preconceito na sociedade. Hoje, alcoólatras e toxicômanos em geral são vistos como autênticos vagabundos – pessoas que não merecem respeito e tampouco compaixão de seus familiares e empregadores.

“Há uma tendência de se aceitar mais a dependência como doença”, constata o advogado Jorge Alberto Ziugno, consultor em direito do trabalho e relações de emprego do escritório Tozzini, Freire, Teixeira e Silva, em Porto Alegre. Historicamente, lembra Ziugno, o único remédio que as empresas ofereciam para funcionários com dependência era a demissão. Hoje, há espaço para que o assunto seja resolvido de outra forma.

Buscando a melhor maneira de tratar funcionários que sofrem de dependência química, nas poucas empresas que já adotam programas de recuperação, o primeiro cuidado é justamente o de não demiti-los. Os especialistas garantem que ambos, empresa e empregado, têm a ganhar com a manutenção do contrato de trabalho. “Algumas companhias já perceberam que é mais fácil dar apoio do que dispensar a pessoa e, depois, ter de buscar e treinar um substituto. Além disso, a cooperação cria um ambiente mais amistoso entre os funcionários”, assegura Luiz Matias Flach, professor de Direito Penal e ex-presidente do Conselho Nacional de Entorpecentes (Confen). Outro passo importante é deixar claro que a companhia está disposta a ajudar em vez de punir. Promover palestras ou estruturar um procedimento interno para que todos saibam agir diante do problema são formas de passar o recado. Uma alternativa é buscar consultoria especializada no assunto. O Sistema Sesi, por exemplo, oferece um programa de prevenção ao uso de drogas e álcool com uma abordagem educativa. Só em Santa Catarina e no

Rio Grande do Sul, mais de 100 mil trabalhadores da indústria já ouviram as palestras. No Paraná, a iniciativa passou por 200 empresas em 2004.

Há companhias que chegam a se responsabilizar inclusive pela recuperação dos dependentes. A pioneira foi a Embraer, que em 1994 já mantinha uma equipe especializada para mapear e tratar os casos. No Sul, uma das referências na luta contra o vício é a Randon. Em 1998, o grupo criou o programa “Viver de Bem com a Vida”. A idéia inicial era incentivar seus 3 mil funcionários e respectivos familiares a adotar hábitos saudáveis – como a prática de esportes e uma alimentação saudável. Em pouco tempo, a iniciativa passou a englobar a prevenção e o tratamento para o uso de entorpecentes. “Nossa região fabrica muito vinho, e as pessoas aqui têm o hábito de beber com mais frequência. O problema é que os índices de alcoolismo acabam sendo maiores também”, explica David Randon, vice-presidente do Grupo Randon. Em 2004, a companhia aplicou cerca de R\$ 33 mil no projeto, boa parte na contratação de médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Desde que foi criado, o “Viver de Bem com a Vida” reduziu o percentual de funcionários dependentes de 12,5% para 5,5% do quadro total da Randon.

O grande desafio de programas dessa envergadura é identificar quem precisa de ajuda. Geralmente, a dependência só se torna evidente aos olhos dos leigos em um estágio já avançado. E a única alternativa 100% segura para detectar o problema antes que seja tarde é o teste toxicológico – método que ainda gera constrangimentos. “O empresário tem medo de invadir a privacidade do empregado”, sustenta John Burns, diretor do Centro de Tratamento de Dependência Química Vila Serena, em São Paulo. Outro entrave é o fato de que os próprios funcionários podem se sentir intimidados ante a necessidade de urinar no copinho. Para completar, os exames são caros. Cada análise custa entre R\$ 130,00 e R\$ 220,00, dependendo do tamanho da empresa. Em indústrias de grande porte, a conta total facilmente passa da barreira de R\$ 1 milhão.

Mesmo assim, os especialistas recomendam os testes antidoping como uma boa solução. “As empresas que adotam esse método têm ótimos resultados”, aponta John Burns. A Esso Brasileira de Petróleo, subsidiária da multinacional Exxon Mobil, é tida como modelo. A companhia realiza entre 500 e 600 exames por ano. Para garantir o sigilo das informações, o processo é todo controlado por um software instalado na sede da Exxon, nos Estados Unidos. “Não queremos selecionar super-homens. Apenas buscamos os mais aptos”, esclarece José Carlos Martins de Mello, gerente médico da Esso. Os resultados são utilizados para prevenir acidentes. Por exemplo, é a partir dos diagnósticos que se define quem está habilitado ou não a manusear materiais perigosos. “Ao entrarem na empresa, os funcionários têm de assinar um contrato que prevê a realização dos testes. Quem não aceita essa condição sequer avança nos processos seletivos”, detalha Mello.

Os testes toxicológicos também ajudam a desenvolver programas mais eficientes de recuperação de dependentes. Um estudo do Departamento de Trabalho dos Estados Unidos dá uma dimensão dos ganhos que podem ser proporcionados por uma política bem-sucedida de combate às drogas. Em média, diz o órgão norte-americano, a prevenção e o tratamento redundam em uma queda de 91% no absenteísmo. Nos acidentes de trabalho, uma das principais conseqüências do uso de entorpecentes em serviço, a redução média é de até 97%. Não é por acaso que mais da metade de todas as organizações norte-americanas conta com departamentos específicos para tratar do assunto. “Considerando os custos envolvidos na manutenção de um dependente químico, os programas tendem a gerar uma economia considerável”, lembra Luís Ricardo Botelho, da Corplus. E não é pouca coisa. De acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cada dólar aplicado na recuperação de funcionários drogados dá um retorno médio de US\$ 3. Um ganho e tanto – mas irrisório se comparado ao de quem consegue se livrar da dependência e reencontrar a paz na carreira e na família.⁷⁰

8. ATIVIDADE LEGISLATIVA

Apontam-se abaixo, a título ilustrativo e não-exaustivo, as proposições legislativas acerca do assunto, com a respectiva tramitação e eventuais comentários.⁷¹

PL nº 8.497/1986 – Deputado Antônio Pontes (PFL/AP) – Dispunha sobre o exame anti-dopping para os árbitros de futebol. Texto não disponível. Arquivado.

PL nº 2.601/1989 – Deputado José Gomes (PDC/GO) – Dispunha sobre a exigência de exame anti-doping para os professores e servidores das universidades federais. Texto não disponível. Arquivado por prejudicialidade.

PL nº 1.396/1999 – Deputado Bispo Rodrigues (PFL/RJ) – Dispunha sobre a obrigatoriedade de realização de exame toxicológico para os servidores públicos federais da administração direta, indireta e fundacional, candidatos a cargo eletivos de todos os níveis e ocupantes de cargos de confiança ou cargos eletivos no âmbito dos poderes legislativo, executivo e judiciário. Retirado pelo autor.

O projeto previa o exame admissional e daí a cada quatro anos. Em caso de resultado positivo, a critério do empregador, conforme a gravidade ou reiteração, o servidor poderia ser suspenso “sem direito a salário” ou perder a função. O postulante de cargo eletivo teria a candidatura cancelada e o detentor perderia o mandato.

⁷⁰ GRACIANI e MÜLLER, cit.

⁷¹ Todas as proposições legislativas estão disponíveis no sítio <<http://www.camara.gov.br>>.

PL nº 1.443-B/1999 – Deputado Bispo Rodrigues (PFL/RJ) – Dispunha sobre a obrigatoriedade de realização de exame toxicológico para os mesmos cargos referidos no PL nº 1.396/1999 e incluía os servidores da polícia civil e militar, polícia federal e oficiais das forças armadas. Arquivado por inconstitucionalidade.

PL nº 1.887/1999 – Deputado Edison Andrino (PMDB/SC) – Oriundo do **PL nº 4.141/1998**, do mesmo autor. Autorizava as escolas públicas e privadas a realizarem exame toxicológico em alunos do ensino fundamental, de 5ª a 8ª séries e do ensino médio, por sorteio, sendo realizado fora da escola e com autorização dos pais. Previa o sigilo do resultado, vedava a punição do aluno, impunha às escolas ter à disposição um corpo profissional próprio ou não, para apoio aos alunos e familiares. Arquivado.

Causou polêmica a idéia do teste antidoping nas escolas, ainda que sob o pretexto de dar “segurança aos pais”. No dizer de BAUMEIER e FLEMMING, além da suposta agressão à individualidade ao jovem, o controle no ambiente escolar deixaria de fora os cartéis, as rotas das drogas, os traficantes e os relacionamentos afetivos nos lares entre pais e filhos. O fato de o exame ser feito fora da escola torna inócua a participação da escola no processo, quando deveria se dar no âmbito familiar.⁷²

O próprio Conselho Municipal de Entorpecentes de São Paulo manifestou-se contrariamente à medida, nos seguintes termos:

*(...) A escola é um espaço de construção da cidadania, de exercício da liberdade e da vivência democrática. Ao instaurar no ambiente escolar a suspeita contra todos (até que o resultado do exame prove o contrário) destrói quaisquer possibilidades de atuação do educador-agente de prevenção, simplesmente por romper com a confiança e vínculos construídos.*⁷³

As autoras preocupavam-se com a possibilidade de aprovação do projeto, destacando que: feria o estatuto da criança e do adolescente, por discriminar o jovem; geraria constrangimentos aos alunos; poderia haver expulsão; produziria conflitos entre pais, alunos e professores, hipótese implícita na proibição de sanção ao aluno; acabaria com a privacidade do cidadão; seria uma forma agressiva de prevenção, fundada no comodismo dos governantes. Viam com ceticismo a eventual ação dos profissionais envolvidos, principalmente no caso de resultado positivo, questão não abordada pelo projeto.

Concluía que a discriminação é uma decorrência certa da constatação do doping, como ocorre com os atletas, com a nefasta propagação da imagem pela mídia de forma negativa. Apontavam, como alternativas, fornecer o máximo de informação para melhorar

⁷² BAUMEIER e FLEMMING, cit.

⁷³ Conselho Municipal de Entorpecentes de São Paulo. *Nota sobre a realização de exames para detecção do uso de drogas nas escolas*. Disponível em <<http://cogcae.uol.com.br/eticaedrogas/texto14.htm>>, data de acesso ignorada.

a conscientização do problema das drogas; realizar palestras e encontros que discutam ética, cidadania e formação política social de um país; reforçar bons exemplos no seio das próprias famílias (diminuição do fumo e álcool); incentivar o lazer e a prática de esportes para o caso das crianças e jovens carentes. Lembravam, com acerto, que no dizer de BISCAIA “a visão atual da drogadição abrange três aspectos, o biológico, o psicológico e o social exigindo uma abordagem multidisciplinar para sua prevenção e tratamento” (BISCAIA, Mario José Silva. *Drogadição na Pós-Modernidade*. Saúde, Sexo e Educação, 1999).

Embora as considerações apontadas, o projeto foi rejeitado, demonstrando que possuía falhas, dentre elas a não abordagem da questão de forma abrangente.

PL nº 2.160-A/1999 – Deputado Bispo Rodrigues (PFL/RJ) – Dispunha sobre a obrigatoriedade de realização de exame toxicológico para candidatos a cargos eletivos de todos os níveis, servidores lotados nos órgãos da administração direta e indireta que trabalham na repressão às drogas, policiais e oficiais das forças armadas. Apensado ao PL nº 1.443/1999.

PL nº 3.301/2000 – Deputado Nilton Baiano (PPB - ES) – Tornava obrigatório, para detentores de cargos políticos e gestores públicos, a realização de exame toxicológico. Texto não disponível. Rejeitado e arquivado.

PL nº 7.310/2002 – Deputado Cabo Júlio (PST/MG) – Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização de testes toxicológicos quando da admissão nas corporações policiais. Em tramitação.

Foi adotado substitutivo proposto pela então Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado, Violência e Narcotráfico, incluindo os bombeiros militares como sujeitos aos testes, estabelecendo o exame periódico a cada dois anos, no máximo e determinando que este só teria a finalidade de prevenção e tratamento, conforme voto do relator, Deputado Deputado Gilberto Nascimento (PMDB/SP), que pontuou:

(...) A pessoa que costuma se drogar por certo não é capaz de manter intactos seu nível de percepção e sua capacidade de reação às situações mais críticas a que deve enfrentar. Nesse ponto, suas vulnerabilidades são flagrantes, em termos de falta de autocontrole nas suas ações, principalmente quando da necessidade imperiosa de utilização dos meios operacionais postos à sua disposição, pela corporação, como policiais, veículos e armas de fogo.

Além disso, nada mais indefensável do que se pretender que o policial venha enfrentar o possível traficante que alimenta seu vício. Isso para nós é impensável. O mais provável, sempre, é que haja uma contemporização do policial viciado com o próprio bandido que ele deva combater. Isso sem contar com a possibilidade de que venha comprometer as operações policiais de que participe, muitas vezes colocando em risco a segurança dos próprios colegas de trabalho.

PL nº 5.488/2005 – Deputado José Divino (PMDB/RJ) – Dispunha sobre a obrigatoriedade de realização de exames toxicológicos para provimento de cargos

públicos da Administração Pública direta e indireta municipal, estadual e federal, bem como nas autarquias, fundações públicas, sociedades de economia mista e empresas públicas. Arquivado.

Estabelecia sobre o exame admissional e daí a cada quatro anos, estendendo-o aos candidatos e ocupantes de cargos eletivos. Ecoava o PL nº 1.396/1999, no tocante aos efeitos do resultado positivo, de forma gradativa, incluindo a perda de função gratificada, mas enfocando o tratamento. Previa, ainda, a identificação dos responsáveis pelo resultado e a realização da contraprova, sujeitando o descumpridor da lei às penalidades administrativas, civis e criminais.

Na sua justificação, o autor alegava:

(...) Como que uma autoridade ou um funcionário provido em cargo de confiança, terá independência física, psíquica ou moral para combater o tráfico de tóxicos se o mesmo for cliente, viciado ou até fornecedor.

Os atletas de todas as modalidades esportivas são obrigados a fazer o exame antidoping toxicológico de forma natural no Brasil e no exterior e em qualquer evento esportivo.

Porque não fazer o mesmo com quem serve a população e que em muitos casos usam arma de fogo como instrumento de trabalho, como o caso dos policiais.

Ademais, a presente iniciativa objetiva resguardar a moralidade e a impessoalidade administrativas, previstas no caput do Art. 37 de nossa Lex Mater de 1988, cujos cânones devem permear as atividades dos agentes públicos, os quais, certamente, poderão estar comprometidos com a possível utilização de substância pelos mesmos agentes.

A iniciativa não pretende estabelecer nenhum tipo de perseguição, mas pretende garantir a moralidade e a probidade administrativa, sobretudo na área de segurança pública, ou de saúde, onde se lida diretamente com vidas humanas

Além disso, o princípio da probidade administrativa é pré-requisito de qualquer governo e país sério e democrático.

PL nº 5.999/2005 – Deputado Milton Cardias (PTB/RS) – Dispõe sobre a obrigatoriedade de os policiais civis e policiais militares serem submetidos a exames clínicos toxicológicos periódicos. Em tramitação.

Estabelece que em caso positivo o servidor poderá apresentar contraprova a ser feita por instituição credenciada, à sua expensa; prevê o exame admissional e daí a cada três anos; sujeita o servidor que se negar ao exame às medidas legais cabíveis, inclusive demissão por contumácia, se for o caso; obriga o encaminhamento do usuário para tratamento, a ser provido pelo poder público, vedando a aplicação de sanção; preserva o sigilo do exame; e remete à legislação infralegal a definição de demais critérios para a realização dos exames.

Em sua justificação o autor acede:

(...) Não pode a obrigatoriedade do exame ser considerado afronta ao princípio nemo tenetur se detegere (ninguém é obrigado a se acusar). Por um lado, a informação acerca do uso de substância psicotrópica ficará ao abrigo do sigilo. O resultado positivo não terá efeito para aplicação de qualquer sanção disciplinar ao servidor, pois não há que se falar em sanção criminal nesse caso. A sanção possível consiste em deixar de cumprir algo que a lei manda, com as cominações de natureza criminal (desobediência) e disciplinar decorrentes, a contrário senso do disposto no art. 5º, inciso II da Constituição Federal

A este foram apensados os seguintes Projetos de Lei, todos tratando do mesmo assunto, com ligeiras modificações, como a inclusão de policiais federais e bombeiros militares:

PL nº 6.076/2005 – Deputado André Figueiredo (PDT/CE);

PL nº 6.085/2005 – Deputado Francisco Gonçalves (PTB/MG);

PL nº 6.118/2005 – Deputado Reinaldo Betão (PL/RJ);

PL nº 6.122/2005 – Deputado Júlio Redecker (PSDB/RS);

PL nº 6.257/2005 – Deputado Remi Trinta (PL/MA); e

PL nº 6.306/2005 – Deputada Laura Carneiro (PFL/RJ).

Isso se deu em razão de a idéia ter surgido de proposta idêntica, encaminhada por eleitor a todos os parlamentares.

Desses projetos, apenas o PL nº 6.085/2005, de autoria do Deputado Francisco Gonçalves (PTB/MG), inova ao prever o exame de caráter admissional e a seleção por sorteio para o periódico. Estabelece, também, a proibição do exercício de função gratificada ou execução de tarefas de risco pelo servidor em tratamento. Amplia o alcance da medida, ao incluir entre os seus destinatários todos os servidores cedidos aos órgãos de segurança pública ou colocados à sua disposição, inclusive do sistema penitenciário e os que, por outra forma, exerçam atividade de natureza policial ou assemelhada e detenham, em razão da função, informações sensíveis.

Em sua justificativa, acerca do usuário de substâncias psicotrópicas candidato a policial, o autor trouxe as seguintes ilações:

(...) Dominado pela droga, não terá discernimento suficiente para agir com a serenidade que sua função requer, colocando em risco a segurança de terceiros, inclusive dos próprios colegas e pondo a perder a credibilidade das instituições policiais.

Não convém, portanto, que o ingresso nas instituições mencionadas seja franqueado a usuários de droga, que teriam a facilidade do cargo para não só obtê-la, como disseminá-la. Não é usual, tampouco incomum o traficante ser também usuário.

Assim, se estaria restringindo o acesso às polícias de pessoas relacionadas com o crime organizado.

Este também é outro aspecto da restrição ao ingresso de candidatos usuários, visto que se constitui numa das formas de o Estado identificar o consumidor e encaminhá-lo para tratamento. Sendo apenas vítima da traficância e tendo interesse e vocação para as lides policiais, dá-se oportunidade ao cidadão para que se recupere e viva em plenitude.

A remessa ao regulamento visa a permitir que os entes federados determinem qual o tipo de exame estaria em consonância com os objetivos próprios, considerando, ainda, as variáveis de custo e facilidade para escolha da metodologia adequada. Releva considerar que o exame de pêlo ou cabelo é mais preciso e mais caro, propiciando, porém, uma janela de detecção maior. O de urina alia o baixo custo à razoável sensibilidade desse fluido na detecção do princípio ativo. Por fim, o de sangue, além de ser mais sujeito aos resultados falso-positivos, impõe a colheita invasiva do material para análise, podendo dar azo à alegação de violação da intimidade e até lesão corporal, como já ocorre em casos semelhantes. Outros aspectos a serem considerados no regulamento seria a possibilidade de análise aleatória em funções sensíveis (que envolvem maior risco ou responsabilidade); voluntária para servidores que desejassem participar da prevenção; baseada em suspeita razoável de consumo; vinculadas a circunstâncias especiais (principalmente acidentes de trabalho e desrespeito às normas de segurança); de seguimento (aplicada nos servidores em programas de reabilitação e naqueles com resultados anteriores positivos); além da mencionada pré-admissional.

Indicação nº 6.436/2005 – Deputado Renato Casagrande (PSB - ES) – Sugere ao Ministério da Justiça a realização de exames toxicológicos periódicos nas corporações militares.

No Senado Federal, há o **PLS nº 354/2005**, de autoria do Senador Papaléo Paes (PSDB/AP), que dispõe sobre a realização de exames periódicos em policiais civis e militares para detecção do uso de substâncias psicoativas de uso proscrito no Brasil, mediante alteração do Decreto-Lei nº 667/1969 (Reorganiza as Polícias Militares e os Corpos de Bombeiros Militares dos Estados, dos Território e do Distrito Federal), nos seguintes termos:

Art. 25-A. Os membros das Polícias Militares e Corpos de Bombeiros Militares dos Estados e do Distrito Federal serão submetidos a exames periódicos para detecção do uso de substâncias psicoativas de uso proscrito no Brasil.

O mesmo projeto estabelece, ainda:

Art. 2º Os membros da Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Polícias Civis dos Estados e do Distrito Federal serão submetidos a exames periódicos para detecção do uso de substâncias psicoativas de uso proscrito no Brasil.

Art. 3º A legislação da União e de cada Estado disciplinará os critérios de aplicação e periodicidade dos exames, as medidas de prevenção do uso indevido de

drogas, recuperação e reinserção funcional e social dos policiais, repressão do uso e tráfico na corporação, e medidas disciplinares.

A propósito do tema, registre-se que a recente Lei nº 11.134/2005, introduziu modificações nas Leis nº 7.289/1984 e 7.479/1986, para estabelecer, como condição para ingresso na Polícia Militar e no Corpo de Bombeiros Militares do Distrito Federal, a aprovação em testes toxicológicos. No entanto a proposta do PLS nº 354/2005 é de que os referidos exames não se dêem apenas no evento da admissão, mas durante a vida funcional do policial, com realização periódica.

9. EXAME TOXICOLÓGICO

9.1 Necessidade – legitimidade

A necessidade do exame toxicológico se dá em várias circunstâncias. Uma delas ocorre quando alguém está acometido pelos efeitos da droga de abuso de tal forma que apenas o tratamento terapêutico trará resultado que leve o paciente a recuperar a saúde comprometida. Às vezes o paciente está em verdadeiro estado de intoxicação ou mesmo coma. Nessa situação, o profissional de saúde deve adotar condutas que possibilitem a desintoxicação do organismo e, para isso, necessário se faz saber qual a substância ingerida. Trata-se de uma medida de eleição, a critério médico, que pode optar pelo depoimento do próprio paciente ou de pessoas de sua convivência. Dependendo do estado do paciente e do eventual desconhecimento do abuso por parte dos conviventes, o teste é o único meio pelo qual se obtém o conhecimento da substância presente no organismo.

Outra situação, em que o teste é imposto, é aquela determinada pela Lei Antidrogas (Lei 10.409/2002, art. 20, §§ 3º e 4º, c/c art. 21, § 2º), quando o autor de crime relacionado às drogas poderá ser absolvido, mas deverá ser encaminhado para tratamento, a partir da comprovação pericial de que era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, em razão de dependência grave. A própria LAT antiga (Lei nº 6.368/1976) determina que no interrogatório, o juiz indagará do réu sobre eventual dependência, advertindo-o das consequências de suas declarações (art. 22, § 5º). As consequências são a realização do exame de dependência (art. 23, § 1º c/c art. 25) e a submissão do usuário a tratamento (art. 29).

Em razão do alegado comprometimento da saúde do trabalhador e conseqüentes reflexos em sua produtividade, como já analisado linhas volvidas, várias empresas privadas adotam programas de prevenção do abuso de drogas, mesmo lícitas, induzindo os empregados a se submeterem a exames de detecção de presença da substância no organismo. Embora questionável o procedimento, uma vez que não previsto na legislação, o desemprego leva

os trabalhadores a se submeterem, sob pena de serem alvo de vigilância que os possa enquadrar como consumidores e embasar dispensa por justa causa (art. 482 do Decreto-lei nº 5.452/1943 – Consolidação das Leis do Trabalho). Da mesma forma, mesmo na admissão às empresas por vezes é exigido referido exame, mediante compromisso firmado pelo candidato, sem o qual nem logra passar às fases seguintes da seleção.

Essa sistemática já atingiu os órgãos públicos, em especial alguns organismos policiais, que exigem, no edital, a submissão do candidato a exame toxicológico, com a indefectível cominação de exclusão do certame daqueles cujo resultado for positivo.

Embora a principal justificativa para o controle do consumo seja a proteção do indivíduo, da família e da sociedade em geral, isso nem sempre foi assim. Medidas com outras propostas, assim como estratégias xenófobas, foram também utilizadas como forma de perseguição e prejuízo de grupos étnicos ou políticos específicos, como relatam MOSHER e YANAGISAKO, na informação de NEWCOMB: “Até 1930, o consumo de maconha era liberado nos Estados Unidos. Como parte de estratégia para o fortalecimento do recém-criado *Federal Bureau of Narcotics*, o consumo foi intensamente relacionado aos habitantes do México, facilitando assim sua proibição” (Newcomb, M.D. Substance abuse and control in the United States: ethical and legal issues. *Social Science and Medicine* 35(4): 471-479, 1992).⁷⁴

As bases morais para a necessidade de controle são a proteção do indivíduo das conseqüências de seu consumo, bem como a proteção dos cidadãos à sua volta. Em 1988, ainda nos Estados Unidos da América, foi inaugurada a estratégia “*Drug Free Workplace*” (local de trabalho livre de drogas), que determinava que: “É obrigação da empresa, corporação ou instituição que receba fundos federais a verificação de política e procedimentos para a garantia de um ambiente de trabalho livre do consumo de drogas”. Posteriormente, esta foi expandida para incluir tabaco e álcool, inicialmente poupados da resolução acima. Começou, assim, todo um movimento que hoje já atinge proporções imensas, com resultados consistentes e mensuráveis. Após esse decreto, a adoção de análises toxicológicas foi admitida entre os empregadores como uma das formas de prevenção ao consumo ilícito (Newcomb, cit.).

Os esforços preventivos, porém, não devem restringir-se apenas à realização de análises toxicológicas para verificar o uso de drogas. A melhor estratégia para se evitar determinado problema é sua prevenção antes mesmo que ocorra. Esta última frase traduz melhor o conceito de prevenção primária, apenas um dos muitos objetivos de um programa de controle de farmacodependência.⁷⁵

⁷⁴ ODO et alii, cit.

⁷⁵ Idem.

9.2 Legalidade

Naturalmente, excetuadas as normas locais específicas para admissão de determinados servidores, não há legislação em nível federal que autorize os exames toxicológicos.

Entende-se que, desde que a norma tenha como fim a prevenção e controle do abuso – subentendido o encaminhamento do dependente ou usuário para tratamento – ela é legítima. Alguns requisitos também são tidos como essenciais para excluir o constrangimento, a publicidade e a eventual “perseguição” ao empregado. Dentre elas estão a anuência do empregado para a realização do exame e seu consentimento para a coleta do material necessário; o sigilo dos procedimentos e em relação ao resultado; e a ausência de sanções de qualquer natureza.

9.3 Aspectos negativos

9.3.1 Constrangimento

MOUNTIAN⁷⁶, citando outros autores, noticia que a a adição começou a ser entendida como doença nos meados do século XIX e leis com intenção de controlar e de erradicar o uso de determinadas substâncias psicoativas foram impostas no século XX, em meio a uma atmosfera de pós-guerra, xenofobia, ascensão da medicina e questões político-econômicas, com alicerces morais nos ideais do *temperance movement*⁷⁷ e do protestantismo. Mesmo o tratamento continha implícito, ainda que partindo de pressupostos médicos, a idéia de que todo usuário de drogas ilegais tem o status de transgressor da lei.

Ao nível discursivo e ético, apontam-se frentes de “guerra contra as drogas” e, ao nível individual, o “diga não às drogas e sim à vida”, numa tentativa de evitar o simples maniqueísmo e compreender que a adição não significaria necessariamente “sim à morte”, mas poderia estar apontando também a formas de lidar com a vida.

Ao se questionar quando o uso de substâncias psicoativas seria um problema, entende-se que qualquer delas seria imprópria, com exceção das prescritas, o que não se coaduna, porém, com a grande quantidade de tranqüilizantes e outras drogas prescritas, principalmente para idosos e mulheres. Acentua a autora que é impossível ignorar a função da droga nas suas especificidades sociais, culturais e religiosas.

Os principais argumentos relativos à aplicação de programas de detecção de consumo que incluam análises toxicológicas são os aspectos éticos. Segundo Sérgio Buarque de Holanda, ética é “o estudo dos juízos de apreciação que se referem à conduta humana, suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativo à determinada

⁷⁶ MOUNTIAN, Ilana, cit.

⁷⁷ Movimentos destinados a restringir ou proscriver o uso de álcool.

sociedade, seja de modo absoluto”. São incluídos neste aspecto os dois principais pontos contrários às análises “em massa”:

1) Direito à privacidade – Embora o empregador tenha o direito (e a necessidade) de empregados sóbrios, é muito mais obscuro e impreciso o direito de o empregador determinar o modo de vida de seus funcionários fora do período e ambiente de trabalho. Isso é mais válido ainda se o estilo de vida não interfere na produtividade do empregado.

2) Metodologia das análises – Apesar do desenvolvimento dos métodos analíticos observados na última década, um resultado positivo somente revela o contato do indivíduo com determinada substância, sendo, porém, incapaz de determinar a quantidade consumida ou o lapso de tempo entre consumo e análise (algumas substâncias podem permanecer detectáveis por semanas, dependendo do padrão de consumo), além de não ser possível estabelecer se o indivíduo estava sob os efeitos da substância no momento do trabalho (Newcomb, cit.).

Sendo assim, a estratégia analítica é somente parte do processo, devendo estar articulada em programa de seguimento e reabilitação e possibilitando a recuperação do indivíduo com resultado positivo à análise.⁷⁸

9.3.2 Discriminação

A discriminação é referida tanto no aspecto da redução de danos quanto na questão das formas preventivas de detecção, que é caso das análises toxicológicas.

A política de redução de danos começou nos primeiros anos da década de 90, no Sul e Sudeste do país, visando a distribuição de seringas limpas a usuários de drogas injetáveis e cachimbos não compartilháveis, impedindo assim a contaminação de doenças. Por meio do compartilhamento do cachimbo doenças como herpes, tuberculose, hepatite e o vírus HIV são transmitidas. No ritual de uso do *crack*, o usuário fica com feridas nos lábios e na gengiva, porta de entrada de doenças. A falta de dados na saúde pública e a carência de pesquisas nas universidades contribuem para manter a mística de que um usuário é um bicho e nem sempre as autoridades dão o apoio necessário, vez que a redução de danos às vezes é associada ao tráfico. Algumas entidades, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), Associação de Usuários de Álcool e Outras Drogas e outras do gênero, adotam tais medidas, voltadas para a pessoa e não a droga.⁷⁹

⁷⁸ ODO et alii, cit.

⁷⁹ VELOSO, Adriana. *Presidente Lula olhe para a experiência de seus conterrâneos!* 10 abr. 2003. Disponível em <<http://www.narconews.com/pt.html>>, acessado em 03/10/2005.

Em países adiantados nessa questão, como a Suíça, já há a distribuição de seringas nas prisões para o uso das drogas, conduta adotada também pela Espanha, para conter o número de prisioneiros infectados com o vírus da Aids.⁸⁰

Ao serem registradas as novas proposições citadas anteriormente, houve uma receptividade negativa por parte de seus principais destinatários: os policiais. Crêem que os projetos, ao direcionar a norma apenas a eles, deixa de fora outros agentes políticos (parlamentares, magistrados, membros do Ministério Público e servidores da cúpula do Poder Executivo), que igualmente poderiam estar sujeitos tanto ao uso abusivo de drogas psicotrópicas quanto ao relacionamento espúrio com traficantes.

Alegam, também, que a contraprova opcional às vezes é indispensável nos casos de resultado falso-positivo e que o servidor não poderia suportar as despesas dela decorrentes, motivo porque o Estado deveria custear também a contraprova.

A sensação de discriminação e às vezes perseguição que acomete as corporações policiais talvez tenha origem num sentimento que perpassa a sociedade pós-redemocratização, de que militares e policiais (confundidos com aqueles) merecem a contrapartida de controle rígido e até truculento que impuseram durante o regime militar.

Segundo os juristas a exasperação da teoria positivista levou a uma confusão entre a lei e o Direito (estado de Direito puro e simples). Como consequência surgiu o “direito penal do autor”, em contraposição ao “direito penal do fato”. O fato tem relação com a culpabilidade e o autor com a periculosidade, o que remete à tese lombrosiana do criminoso nato. Essa concepção do direito penal do autor, também chamado “direito penal do inimigo” é o que “legitimou” o massacre nazista, sendo refutado pela doutrina atual, porque se contrapõe ao estado democrático de Direito e seu respeito incondicional pelos direitos fundamentais do indivíduo.⁸¹

No ensinamento de BITENCOURT, citado por SILVA JÚNIOR, o qual identifica no ordenamento jurídico penal brasileiro uma espécie de direito penal do fato moderado:

(...) O exame da legislação penal brasileira em vigor revela que adotamos um direito penal do fato, pois os tipos, predominantemente, descrevem fatos como crime e não personalidades criminosas. Esta opção de política criminal, implica na adoção do princípio da culpabilidade (não há pena sem culpabilidade: nulla poena sine culpa), "decorrendo daí três consequências materiais: a) não há responsabilidade objetiva pelo simples resultado; b) a responsabilidade penal é pelo fato e não pelo autor; c) a

⁸⁰ GOMES, Luiz Flávio. *Usuário...*, cit.

⁸¹ GOMES, Luiz Flávio. *Nazismo, holocausto e direito penal de autor*. Disponível em <<http://www.juristas.com.br/colunas>>, acessado em 28/12/2005.

culpabilidade é a medida da pena." (BITENCOURT, Cezar Roberto. Manual de direito penal. 6. ed., São Paulo: Saraiva, 2000, vol. 1, p. 15).⁸²

Há, pois, uma espécie de transposição do direito penal do autor para as normas de caráter meramente administrativo, como a que se enfoca, no sentido de sujeitar uma categoria, pelo que é, e não um determinado agente, pelo que fez, a uma restrição tida como vexatória.

9.4 Questões práticas acerca das análises toxicológicas⁸³

9.4.1 Objetivo

Entende-se que os esforços preventivos, porém, não devem restringir-se apenas à realização de análises toxicológicas para verificar o uso de drogas, sendo necessárias três etapas distintas, com foco no agente (substância psicoativa, seja esta lícita ou não), no ambiente (atitudes e aos comportamentos sociais em relação ao consumo de drogas) e no hospedeiro (indivíduo consumidor, usuário).

As análises para detecção de substâncias psicoativas vêm ganhando destaque nas últimas três décadas. Há que se discutir indicações e limites nas análises toxicológicas, procedimentos disponíveis cuja relação custo/benefício pode ser bastante positiva e ao alcance da sociedade.

ODO et alii⁸⁴ apontam falha clamorosa da estratégia dos Estados Unidos, na década de 80, com a chamada “guerra às drogas”, quando os esforços foram dirigidos inicialmente à redução da oferta (intervenções em países produtores, manobras militares) com o objetivo de reduzir o ingresso dessas substâncias, com menor enfoque em questões relativas à redução de demanda (prevenção, tratamento, mudanças sociais que poderiam contribuir para a redução do consumo). A partir de 1991, houve mudança radical na estratégia política em relação ao consumo de drogas, que teve início com o reconhecimento do abuso como o problema doméstico mais severo, necessitando de uma estratégia que incluísse cada escola, local de trabalho ou família norte-americana. As pesquisas nessa época mostravam que entre os adultos jovens (entre 18 e 25 anos), ingressando no campo profissional, 23 milhões de indivíduos consumiam *cannabis*, sendo 7 milhões constituídos por usuários regulares. Conforme MARINI, uma reportagem do *Wall Street Journal* desse mesmo ano mostrava que o abuso de *cannabis* ou cocaína ocorria em 20% da força de trabalho entre 18 e 25 anos, tendo o consumo de cocaína dobrado

⁸² SILVA JÚNIOR, Edison Miguel da. *Porte ilegal de arma de fogo qualificado pela condenação anterior*. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>, acessado em 28/12/2005.

⁸³ Adaptado de matéria disponível no sítio <<http://www.adroga.casadia.org>>, acessado em 06/10/2005.

⁸⁴ ODO et alii, cit.

entre trabalhadores em cinco anos. O lucro anual de atividades relacionadas às drogas era de 120 bilhões de dólares, ou seja, o dobro da soma das 500 principais empresas norte-americanas (Marini, G.A. Comprehensive drug-abuse program can prove effective in the workplace - *Occupational Health and Safety* 60 (4): 54-59, 1991).

9.4.2 Metodologia

Segundo os autores, citando SILVA, a metodologia das análises deve obrigatoriamente incluir duas fases distintas: a primeira, de triagem, e a segunda, de confirmação do resultado. Na fase preliminar, são utilizadas técnicas imunológicas e/ou cromatográficas que permitam verificar a presença ou não de determinada substância pesquisada. As amostras consideradas positivas na triagem são submetidas a técnicas de maior sensibilidade e com princípios físico-químicos distintos da fase inicial, para a confirmação dos resultados positivos. No Laboratório de Análises Toxicológicas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo, são empregadas, como técnicas de confirmação, a cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massa (Silva, O.A. Implantação de um programa de controle da dependência química na empresa. Apresentado no II Fórum Nacional sobre Dependência Química nas Empresas, São Bernardo do Campo. *Relatos e Conferências*, Editora IMS, 49-55, 1994).

9.4.3 Examinandos

A detecção do consumo, que é difícil, uma vez que a maior parte do uso é realizado “a portas fechadas”, freqüentemente resulta em tratamento do consumidor e proteção dos indivíduos à sua volta, como suas famílias, a vizinhança onde residem, seu local de trabalho, enfim, toda a comunidade que os cerca.

As análises para detecção de substâncias objetivam, ainda, a redução das atividades ilegais relacionadas ao consumo; a identificação do usuário e referência deste a serviços de tratamento; a redução de custos relacionados ao consumo; e o aumento da confiança da comunidade nas instituições que as aplicam.

O aspecto jurídico do controle está na própria legislação de regência, que impõe a toda pessoa, física ou jurídica, o dever de colaboração.

Segundo dados de 1992, do *Bureau of Justice Statistics (BJS)*, nos Estados Unidos são eleitos para análise indivíduos que cometem delitos criminais, trabalhadores de inúmeras empresas que adotaram programas de prevenção ao consumo de drogas, funcionários públicos (principalmente no sistema criminal) e indústrias regulamentadas pelo governo central (por exemplo, empresas de transporte, produção de combustíveis etc.).

O mesmo documento informa que tanto réus como vítimas (bem como seus representantes) podem ser analisados quanto à presença de substâncias psicoativas em

qualquer etapa dos processos criminais nos Estados Unidos. Os principais momentos em que os testes são empregados ocorrem na detenção, durante os testemunhos e por ocasião da liberdade condicional. O objetivo desse procedimento é a redução de comportamentos criminais pela testagem e, conseqüentemente, a limitação do consumo do indivíduo. Também oficiais e administradores são analisados de maneira aleatória, com o intuito de manter a confiança pública em uma importante instituição social, revelando integridade e profissionalismo em departamentos relativos à segurança pública.

9.4.4 Confidencialidade

A confidencialidade, direito individual obrigatório, deve ser preservada em todas as etapas do processo, para garantir a privacidade dos resultados. Essa informação deve, também, ser divulgada por escrito, incluindo os seguintes pontos:

- 1) identidade do indivíduo analisado mantida sob sigilo;
- 2) dados obtidos dos trabalhadores, assim como sua ficha de trabalho, devem ser mantidos seguros com restrições seguras ao acesso;
- 3) deve ser obtida a autorização do trabalhador por escrito antes da realização das análises e divulgação dos resultados para a instituição (administração da empresa);
- 4) a divulgação dos resultados para terceiros deve ser realizada após autorização por escrito do indivíduo, sendo que na mesma autorização deve constar a identificação completa dos indivíduos que receberão tais informações;
- 5) uma autorização anexa dos terceiros deve ser assinada previamente à realização dos exames;
- 6) preenchimento dessas autorizações sob testemunhos; e
- 7) a política relativa à confidencialidade deve ser comunicada a todos os integrantes da comunidade laboral antes da implantação do programa de detecção.

O mecanismo da comunicação dos resultados ao indivíduo testado também deve ser considerado. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) propõe que essa divulgação, obrigatoriamente, permita que o indivíduo detectado ingresse em intervenção terapêutica, quando esta estiver indicada e no caso de consentimento do próprio indivíduo.

A política da aplicação da análise deve ser comunicada por escrito, incluindo os principais propósitos do emprego de programas de detecção, dentre eles: assistência em investigação de acidentes e/ou incidentes em locais de trabalho; indicação terapêutica apropriada ao trabalhador; redução dos níveis de consumo de substâncias psicoativas na comunidade; resposta às necessidades regulatórias e legais da sociedade, aumentando a

confiabilidade desta na empresa, instituição, organização ou corporação; e comunicação de política organizacional.⁸⁵

9.4.5 Tratamento

As análises para detecção de substâncias psicoativas vêm ganhando destaque nas últimas três décadas. Utilizadas primeiramente durante a Segunda Guerra Mundial, caracterizavam-se por baixa sensibilidade e especificidade. Reabilitadas durante a Guerra do Vietnã, mostraram pela primeira vez que sua utilização sistemática poderia reduzir o consumo: soldados passaram a ser testados no momento do regresso aos Estados Unidos, condicionando o resultado positivo à extensão da estada no palco de guerra; como resultado, após apenas seis meses da utilização dessa política, as taxas de positividade reduziram-se de 5% para 2% dos testes realizados (BJS).

Nessa mesma época, profissionais médicos em serviços de emergência passaram a utilizar as análises com o propósito de auxílio em diagnóstico e terapêutica de pacientes em estado de coma, com quadros de superdosagem ou intoxicados. A partir do final da década de 70, médicos norte-americanos passaram a prescrevê-las na avaliação psiquiátrica de pacientes ingressantes em tratamento. Nos últimos dez anos, as análises toxicológicas tornaram-se estratégia viável, pela sofisticação tecnológica e conseqüente implementação da sensibilidade e especificidade. Ao mesmo tempo, com a expansão da realização dos programas de detecção, os exames tornaram-se mais acessíveis, com barateamento de custos em sua realização mesmo em nosso meio.⁸⁶

9.5 Abrangência/suficiência

Pelo visto, ainda que meritórias as novas proposições, elas não são abrangentes o suficiente para cumprir o objetivo, que é o aumento da prevenção ao abuso de drogas psicotrópicas por servidores públicos especialmente designados, segundo o critério de controle pela redução da demanda.

Percebe-se, implicitamente, o interesse em reprimir o nefasto intercâmbio entre tais servidores e seus fornecedores, os traficantes, relação esta que, em se tratando de policiais, configuraria patente crime de prevaricação. No extremo dessa cadeia estariam os próprios policiais que atuam francamente no narcotráfico.

Ao se considerar a tese do “direito penal do fato moderado”, percebe-se que não seria de todo insensata a proposta, desde que incluísse todos os servidores que compõem os grupos de risco referentes ao uso ilícito e tráfico de drogas. Nesses grupos estariam os

⁸⁵ ODO et alii, cit.

⁸⁶ Adaptado de ODO et alii, cit.

servidores das instituições policiais, dos estabelecimentos prisionais e os que atuam na área da saúde, especificamente no tratamento de dependentes ou manuseio de drogas e medicamentos de uso controlado.

Ampliando o leque e pretendendo-se abordar, também, os grupos de risco no âmbito privado, seria o caso de incluir os mesmos profissionais de saúde na rede privada, os redutores de danos, os funcionários de fábricas, transportadoras, atacadistas, depósitos, distribuidores e dispensários (farmácias, drogarias, postos de saúde e de distribuição de medicamentos) que manuseassem drogas e medicamentos controlados, assim como os funcionários do Poder Judiciário que igualmente tivessem contato com os referidos produtos (drogas apreendidas).

Quanto aos demais agentes políticos e agentes públicos, por mais importante que seja o cargo ou função ou, ainda, por mais influência que possam exercer no meio social, se o controle viesse a abrangê-los, chegar-se-ia ao paroxismo de sujeitar todos os membros da Administração Pública aos referidos testes.

Um dos critérios a utilizar, de forma de ampliar o contingente de pessoas passíveis de controle preventivo, seria englobar todos os indivíduos que portam armas de fogo, o que incluiria os que têm o porte inerente ao cargo ou função (art. 6º da Lei nº 10.826/2003) e aqueles com porte deferido em razão da necessidade, nos termos da lei. Tal medida abrangeria inclusive vários agentes políticos (membros do Poder Executivo e do Ministério Público, parlamentares, magistrados) que detêm o porte de arma de fogo. Esta forma de controle se vincula ao fato de que o porte de arma, associado ao uso abusivo de substâncias psicotrópicas, potencializa os casos de violência (no trânsito, por exemplo) e criminalidade. Demais disso, boa parte dos agentes públicos que poderiam ter algum contato nefasto com o narcotráfico estaria incluída no controle.

Entretanto, ao se optar por um programa com reais possibilidades de efetividade, não só as drogas ilícitas deveriam ser objeto de prevenção maciça, mas também as lícitas como o tabaco e o álcool. No caso do álcool, lembrou-se anteriormente que o uso indevido, de forma crônica ou aguda, pode levar a milhares de acidentes, especialmente automobilísticos, que vitimam diariamente a população. Outra forma de controle seria, então, submeter todos os motoristas aos exames toxicológicos periodicamente.

Percebe-se, aí, a possibilidade de uma gradação no âmbito de controle que se desejasse. Um controle mínimo, envolveria todos os policiais e demais pessoas que tivessem contato profissional com drogas; outro, mais abrangente, incluiria, além daqueles, todos

os que portam armas de fogo; um terceiro, ainda mais universal, atingiria a todos os condutores de veículos automotores, incluídas as embarcações e aeronaves.⁸⁷

Na primeira hipótese estariam compreendidos no controle as pessoas que, tendo drogas à sua disposição estariam, em tese, sujeitas a sucumbirem à tentação de usá-las, bem como a questão do eventual desvio. A segunda hipótese abrangeria pessoas que pudessem, sob efeito de substâncias psicotrópicas, fazer mau uso de arma de fogo, cuja letalidade é inerente à sua finalidade, causando sério risco à saúde pública e segurança coletiva. Pela terceira hipótese, de difícil implementação dado o universo considerado, se coibiria efetivamente a ocorrência freqüente e incompatível da condução de veículos automotores sob efeito de substância psicotrópica.

Nessas categorias, contudo, não estariam incluídas aquelas cujas atribuições são igualmente de natureza sensível, como os agentes de defesa civil, busca e salvamento; controladores de tráfego aéreo, ferroviário e metroviário; agentes de trânsito; cirurgiões; responsáveis diretos pelo fornecimento de bens e serviços essenciais como água, energia elétrica, telefonia; e um sem número de profissionais que trabalham em situações de risco, insalubridade ou estresse a cuja atividade estão sujeitas outras pessoas. A própria circunstância de estarem sob efeitos de drogas ou uma ação inadequada decorrente dessa circunstância pode pôr em risco indivíduos, grupos ou comunidades inteiras, em relação à integridade física, patrimônio e uso dos equipamentos públicos.

No caso dos portadores de arma de fogo, o exame poderia ser feito periódica e aleatoriamente, por sorteio ou mediante convocação pelo órgão responsável, ou, para aqueles com porte transitório, por ocasião de sua renovação. O exame para condutores de veículos automotores poderia ser realizado quando da habilitação provisória ou definitiva e quando da sua revalidação. Em ambas as situações, no entanto, estaria comprometido o esforço diante do citado “agendamento”, que faz com que o usuário, ao ser convocado para qualquer teste (ocorrente nos concursos públicos, por exemplo), simplesmente se abstém do consumo de substância psicotrópica, ultrapassando incólume a etapa, como se sóbrio fosse.

Em qualquer dos casos, todavia, o exame seria necessariamente realizado quando houvesse crime (culposo ou doloso), mesmo nas hipóteses de incidência de excludente de antijuridicidade⁸⁸, nos acidentes de tráfego de que resultasse lesões, nos acidentes com a própria

⁸⁷ Cf. o § 1º do art. 1º da Lei nº 2.877/1997, do Estado do Rio de Janeiro, que dispõe sobre o Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA): “Para efeito desta lei, veículo automotor é qualquer veículo aéreo, terrestre, aquático ou anfíbio, dotado de força motriz própria, ainda que complementar ou alternativa de fonte de energia natural.” Disponível em <<http://www.sef.rj.gov.br/legislacao/tributaria/basica/lei2877.shtml>>, acessado em 29/12/2005. A Lei nº 9.503/1997 (CTB) conceitua veículo automotor, em seu Anexo I, como sendo “todo veículo a motor de propulsão que circule por seus próprios meios, e que serve normalmente para o transporte viário de pessoas e coisas, ou para a tração viária de veículos utilizados para o transporte de pessoas e coisas. O termo compreende os veículos conectados a uma linha elétrica e que não circulem sobre trilhos (ônibus elétrico)”.

⁸⁸ Cf. o art. 23 do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal): “Não há crime quando o agente pratica o fato: I – em estado de necessidade; II – em legítima defesa; III – em estrito cumprimento de dever legal ou no exercício regular de direito.”

arma de fogo, bem como nas situações de tratamento, com exames de seguimento e durante a recuperação do dependente.

No tocante às armas de fogo, a Lei nº 10.826/2003 (Estatuto do Desarmamento) exige, para o porte, apenas que o candidato comprove capacidade técnica e de aptidão psicológica (art. 4º, inciso III), dispondo, porém, no art. 10, § 2º, que a respectiva autorização perderá automaticamente sua eficácia caso o portador seja detido ou abordado em estado de embriaguez ou sob efeito de substâncias químicas ou alucinógenas.

A legislação de trânsito terrestre já contempla medidas de controle do abuso de substâncias psicotrópicas. Assim, o Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/1997) comina penas criminais e administrativas ao condutor que dirija sob a influência de substância psicotrópica:

Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool, em nível superior a seis decigramas por litro de sangue, ou de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Infração – gravíssima;

Penalidade – multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir;

Medida administrativa – retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação.

Parágrafo único. A embriaguez também poderá ser apurada na forma do art. 277.

.....
Art. 306. Conduzir veículo automotor, na via pública, sob a influência de álcool ou substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Penas – detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão da proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor.

Por sua vez, o art. 277 remete ao art. 276, os quais determinam a realização de exame toxicológico, conforme se depreende dos preceitos, *verbis*:

Art. 276. A concentração de seis decigramas de álcool por litro de sangue comprova que o condutor se acha impedido de dirigir veículo automotor.

Parágrafo único. O Contran estipulará os índices equivalentes para os demais testes de alcoolemia.

Art. 277. Todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou que for alvo de fiscalização de trânsito, sob suspeita de haver excedido os limites previstos no artigo anterior, será submetido a testes de alcoolemia, exames clínicos, perícia, ou outro exame que por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo Contran, permitam certificar seu estado.

Parágrafo único. Medida correspondente aplica-se no caso de suspeita de uso de substância entorpecente, tóxica ou de efeitos análogos.

O art. 269, inciso IX, defere à autoridade de trânsito ou seus agentes, na esfera de suas competências, a adoção de medida visando a “realização de teste de dosagem de alcoolemia ou perícia de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica”. O § 2º do art. 280 dispõe que “a infração deverá ser comprovada por declaração da autoridade ou do agente da autoridade de trânsito, por aparelho eletrônico ou por equipamento audiovisual, reações químicas ou qualquer outro meio tecnologicamente disponível, previamente regulamentado pelo Contran”.

O teste do aparelho de ar alveolar (bafômetro, etilômetro, etiloteste) é regulamentado pela Resolução nº 81/1998, do Contran (Conselho Nacional de Trânsito), estabelecendo a correspondência de 0,3 mg por litro de ar para a constatação de embriaguez alcoólica (6 decigramas de álcool por litro de sangue) remetendo o teste das demais substâncias psicotrópicas ao exame laboratorial. Em seu art. 2º torna obrigatória a realização do exame de alcoolemia para as vítimas fatais de trânsito.

Juristas de renome questionam o mandamento do CTB, sob o argumento de que ninguém é obrigado a produzir prova contra si mesmo (*nemo tenetur se detegere*), supondo estarem ao abrigo do art. 5º, inciso II, da Constituição da República (“ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”), numa equivocada interpretação de que a lei posta e produzida mediante regular processo legislativo não é suficiente para cumprir o vaticínio constitucional.

Em suas respeitáveis opiniões esquecem-se, ao mal esgrimir a defesa de pseudodireitos fundada no laxismo penal⁸⁹, do princípio da proporcionalidade (tutela do bem jurídico vida em oposição ao bem jurídico intimidade) e da submissão das desvantagens dos meios às vantagens do fim (CANOTILHO).⁹⁰

Consta que as normas pertinentes da Espanha, Portugal e França impõem prisão, cumulada, muitas vezes, com multa, para a recusa do motorista em submeter-se a exames próprios para a constatação de possíveis intoxicações. No Código de Trânsito do Estado norte-americano da Pennsylvania (Penn Code) consta presunção legal de que o detentor de um “privilegio de dirigir” consente que seja submetido a um ou mais dos exames previstos em lei, tais como bafômetro, exame de urina ou de sangue, mediante fundada suspeita de estar dirigindo sob influência de álcool ou substância entorpecente, sob pena de suspensão da licença para dirigir pelo prazo de doze meses (§ 1547, (b)).

Entretanto, vê-se que não há outra forma de reprimir tanto o crime do art. 306 quanto a infração administrativa do art. 165, a não ser a prova testemunhal e o exame clínico (testes de Romberg)⁹¹, diante da eventual recusa na coleta de sangue, por exemplo, ambos de decisão temerária por parte do agente de trânsito.

⁸⁹ DIP, Ricardo e MORAES JÚNIOR, Volney Corrêa Leite de. *Crime e castigo*: reflexões politicamente incorretas. Campinas : Millennium, 2002.

⁹⁰ SAMPAIO, André Luís Marinho. *O bafômetro na Lei nº 9.503/97. Código de trânsito brasileiro - CTB*. Jus Navigandi, Teresina, a. 7, n. 60, nov. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3555>>, acessado em 30/12/2005.

⁹¹ Num deles, o paciente fica em pé, com os pés juntos e os olhos fechados, devendo esticar o braço e em seguida tocar o nariz com o dedo. Ocorre comumente um aumento das oscilações naqueles com disfunções do mecanismo cerebral ou vestibular.

Quanto aos condutores de veículos automotores aéreos e aquáticos, a própria Lei Antitóxicos (Lei nº 10.409/02) continha dispositivo, vetado, que os abrangia, o que se depreende da transcrição do art. 22:

Art. 22. Dirigir veículo de espécie diversa das classificadas no art. 96 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 — Código de Trânsito Brasileiro —, após ter consumido produto, substância ou droga relacionados como ilícitos pelo órgão competente do Ministério da Saúde:

Pena: apreensão do veículo, cassação da habilitação respectiva e multa, sem prejuízo de sanções específicas, aplicáveis em razão da natureza náutica ou aérea do veículo.

O Código Brasileiro de Aeronáutica (Lei nº 7.565/1986) nada dispõe acerca de exames de pilotos, apenas exigindo a regularidade de exames de capacidade física (art. 163). A Lei nº 9.537/1997, que dispõe sobre a segurança do tráfego aquaviário em águas sob jurisdição nacional (Lesta) apenas indica como circunstância agravante de infrações cometidas, a embriaguez ou uso de outra substância entorpecente ou tóxica (art. 30).

9.6 Métodos de seleção

Qualquer que seja o universo a ser considerado para submissão aos exames é necessário estabelecer a metodologia para seleção. Pode ela ser aleatória (por sorteio), desde que o sorteado só tenha conhecimento disso no momento da coleta do material, para evitar o fenômeno do “agendamento”. Um programa de computador pode ser alimentado com os dados dos integrantes do universo examinando e processar o sorteio automaticamente, sem interferência humana, afastando eventuais protestos acerca da imparcialidade.

Outra modalidade de seleção, seria a eletiva, em que o administrador adota critérios para indicar quem será examinado. Esses critérios tanto podem levar em conta trabalhadores de um setor específico, em razão da maior sujeição aos riscos, quanto aqueles que, por suspeita ou comprovadamente, fizeram uso de drogas, se envolveram em acidentes, apresentaram acentuada variação de produtividade ou comportamento (seleção por evento).

Tanto a seleção por sorteio quanto a eletiva pode ser exaustiva ou por amostragem, podendo-se, ainda, combinar-se as formas de modo a promover sorteio entre todas as pessoas lotadas em um setor mais sensível e realizar a seleção por amostragem em outros setores, por exemplo, ou, ainda, seleção por sorteio para todo o universo considerado e exaustiva por evento, nos casos em que ocorram.

Outro aspecto a considerar é que, se for determinada a periodicidade e adotada a seleção exaustiva, todo o universo considerado deverá ser examinado no período máximo previsto, o que exige maior controle administrativo, visto que há divergência entre datas de admissão e entre as datas de exame. Da mesma forma não se pode admitir que uma pessoa examinada no início do período de testagem fique excluída do universo testando, pois tal circunstância poderia provocar a existência de um período de “franquia” para o eventual usuário incógnito. Isso implicaria na realização de testes em número maior que o do universo testando,

resultando em maior despesa, o que pode ser minimizado justamente pela adoção de um período de franquia razoável em que a testagem do re-sorteado seria descartada. Outra forma de evitar o custo excessivo seria a exclusão dos sorteados no período considerado, mantendo-se, porém, no universo testando, certo percentual de indivíduos já testados, escolhidos aleatoriamente pelo computador.

9.7 Tipos de exames toxicológicos

A análise toxicológica para verificação do consumo de drogas vem sendo utilizada no meio profissional, principalmente no esporte e em empresas com programa de prevenção; para elucidar suspeitas quanto ao uso de drogas por parte de jovens, visando a desestimular o contato inicial com drogas e prover uma desculpa aceitável para recusarem a oferta de drogas por amigos; para determinar quais drogas e em que quantidade estão sendo usadas em processos pré-tratamento e durante o tratamento; no auxílio e acompanhamento da recuperação de usuários em clínicas de tratamento; para detectar recaídas de ex-usuários; e em pesquisas.

Os cientistas enfatizam que os testes de detecção de drogas só podem ser realizados após autorização por escrito do indivíduo ou em condições de urgência clínica. No ambiente hospitalar a triagem para drogas de abuso é realizada exclusivamente para avaliação e suporte da conduta médica, não podendo ser utilizado como subsídio para outras ações.

Há testes disponíveis para a detecção de qualquer tipo de substância psicoativa (maconha, cocaína, barbitúricos, opiáceos, anfetaminas e êxtase), variando seu custo conforme o tipo de exame e a metodologia utilizada. Atualmente há três tipos de exames capazes de detectar a presença de drogas no organismo: de urina, de sangue e de pêlo ou cabelo.

As drogas são geralmente destruídas (metabolizadas) pelo fígado e eliminadas pela urina. Portanto, analisar a urina em busca de metabólitos das drogas é um dos métodos para se detectar a presença do consumo de drogas. A urina é geralmente aceita como amostra para verificar o uso recente de drogas de abuso, mas não permite distinguir o usuário ocasional do abusivo ou do dependente.

O período de duração da detectabilidade (janela de detecção) das drogas varia de acordo com a frequência e intensidade do uso das mesmas. Este período pode variar de poucas horas até 27 dias. A análise de amostras de urina podem detectar o uso de maconha e de cocaína em períodos mais longos. Já o álcool é metabolizado e eliminado rapidamente e os exames toxicológicos detectam somente o uso feito nas últimas horas.⁹² O Quadro 9.1 mostra a janela de detecção, que é a período de detectabilidade de algumas drogas, mediante o exame toxicológico de urina.

QUADRO 9.1 JANELA DE DETECÇÃO NO EXAME TOXICOLÓGICO DE URINA.⁹³

⁹² Por analogia com as substâncias radioativas, adotou-se o conceito de meia-vida para os psicotrópicos, que seria o tempo necessário para eliminação de metade da substância do organismo. Assim, enquanto a meia-vida do álcool é de poucas horas, a do THC é de cinco dias. Cf. MURAD, cit., p. 117.

⁹³ Fonte: OBID. Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br>>, acessado em 07/12/2005.

DURAÇÃO DA DETECTABILIDADE DAS DROGAS DE ABUSO NA URINA		
SUBSTÂNCIA		DURAÇÃO DA DETECTABILIDADE
Anfetamina, metanfetamina		48 horas
Barbitúricos	Ação curta	24 horas
	Ação intermediária	De 48 a 72 horas
	Ação prolongada	7 dias ou mais
Benzodiazepínicos		3 dias (dose terapêutica)
Metabólitos da cocaína		De 2 a 3 dias
Metadona		3 dias aproximadamente
Codeína, morfina		48 horas
Canabinóides (maconha)	Uso leve	3 dias
	Uso único	4 dias
	Uso moderado ou intenso (diário)	10 dias
	Uso crônico	de 21 a 27 dias
Metaqualona		7 dias ou mais
Feníciclidina (PCP)		8 dias aproximadamente

A exata concentração da droga ou de seu metabólito presente na urina não pode ser estimada e oferece um resultado preliminar. A quantificação da droga é realizada, quando solicitada, por metodologia específica em centros especializados. Portanto, a interpretação do resultado desta triagem deve ser submetida à consideração clínica e ao julgamento profissional do médico. Ainda, as concentrações de detecção do método seguem as recomendações da “*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*” (SAMHSA), dos Estados Unidos.

O exame de sangue, realizado em centros especializados, pesquisa a concentração da droga diretamente no sangue, possibilitando apenas verificar o uso recente de substâncias (algumas horas). Este exame é o mais comum e algumas drogas podem ser detectadas pelo simples exame realizado para outras finalidades.

A análise de amostras do cabelo ou pêlo ainda não é considerada válida por ter sua eficácia e utilidade sendo discutida no meio científico. Portanto, a credibilidade deste tipo de teste precisa de mais estudos. O cabelo cresce cerca de um centímetro por mês. A base do fio está dentro do couro cabeludo e é ricamente irrigada pelo sangue. Quando alguém usa uma droga, parte da substância é absorvida pelo sangue que irriga o couro cabeludo e se deposita no cabelo. Quando ele cresce, leva a droga acumulada consigo. Com isso, o teste do cabelo seria capaz de detectar o consumo de drogas por vários meses (cada centímetro de cabelo seria um mês de uso).⁹⁴

A vantagem da testagem de pêlos apresenta algumas vantagens, porém, como a janela de detecção ampliada (90 dias, contra apenas 2 ou 3 dias dos testes de urina ou 12

⁹⁴ Adaptado de texto disponível em <<http://www.antidrogas.com.br>>, acessado em 31/10/2005.

horas dos testes de saliva). Possibilita maior precisão, determinando se o testado é ou não um usuário enquanto outros testes só determinam se a droga foi consumida nos últimos dias. A coleta de amostras de cabelo ou pêlos é limpa, rápida e fácil, podendo ser efetuada pelos próprios familiares.⁹⁵

O Quadro 9.2 compara características entre três dos principais testes existentes (cabelo, urina e suor).⁹⁶

QUADRO 9.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DE TRÊS TIPOS DE TESTES TOXICOLÓGICOS.

COMPARAÇÃO ENTRE OS TIPOS DE MATERIAL USADO NO TESTE TOXICOLÓGICO			
Características técnicas	Cabelo (PDT)	Urina	Suor (<i>drug wipe</i>)
Janela de detecção	90 dias	até 3 dias	até 2 dias
Eficiência em detecção	Alta	baixo	baixo
Sensibilidade	Alta	alta (em exames laboratoriais)	média
Avaliação do padrão de consumo	Sim	não	não
Quantidade de drogas detectadas	12	geralmente uma para cada kit	geralmente uma para cada kit
Possibilidade de estimativa da quantidade de droga consumida	Sim	não	não
Possibilidade de ocorrência de falsos positivos (contaminação externa)	Não	baixa	média
Confirmação do resultado por métodos cientificamente válidos	Sim	sim, mas somente os exames em laboratórios.	não
Tempo de coleta (média)	3 min	15 minutos	1 minuto
Complexidade de coleta	Baixa	baixa	baixa
Constrangimento do processo de coleta	Médio	alto	baixo

9.8 Estabelecimento de programa preventivo

Ao se propor um programa preventivo, devem ser levados em conta os aspectos legal, médico, estrutural, laboratorial e trabalhista (sindicatos), esta considerada fundamental.

Segundo SILVA, cit., a coleta de material para análise toxicológica requer que haja o mínimo intervalo entre a escolha (ou sorteio) do indivíduo e a obtenção do material. Isso não só impede que o indivíduo “agende” seu consumo nos intervalos das análises, como também permite que sejam realizados com menor frequência, com custo consideravelmente reduzido. A coleta do material deve ocorrer em recipiente quimicamente descontaminado e com dispositivo de lacre, com a finalidade de impedir a adulteração das amostras. Também é função do laboratório determinar os procedimentos para coleta, empregar a metodologia adequada e

⁹⁵ Disponível no sítio <<http://www.testededrogas.com>>, acessado em 05/10/2005.

⁹⁶ Fonte: **Psychemedics Brasil**, subsidiária da Psychemedics Corporation, disponível no sítio <<http://www.testededrogas.com>>, acessado em 05/10/2005.

manter a guarda das amostras positivas. Todos esses procedimentos devem ser documentados, constituindo uma espécie de histórico da amostra, visando demonstrar a integridade da amostra da coleta à disposição final.

No dizer de COSTA, a participação do médico é considerada fundamental, tanto para receber e analisar os resultados das análises como para indicar o seguimento necessário ao indivíduo com amostra positiva, juntando a essa os dados obtidos da entrevista com o empregado, história médica e avaliação clínica. Somente após essa avaliação, a análise toxicológica pode ser considerada concluída (Costa, C.A.L. A ética e a testagem de drogas no trabalho. Fórum Nacional Sobre Dependência Química nas Empresas. *Relatos e Conferências*. Editora IMS, São Paulo, 1996).⁹⁷

9.9 Programas assistenciais em locais de trabalho públicos e privados

Os programas assistenciais devem ser dirigidos a aspectos educacionais e preventivos e permitir o ingresso voluntário, tanto na participação e desenvolvimento quanto nos aspectos relativos à reabilitação. Devem abranger um extenso leque de aspectos relacionados à vida saudável e à saúde propriamente dita. Se a análise toxicológica é incluída como opção, esta deve ser aplicada em momentos diferentes do vínculo empregatício. Os principais momentos de aplicação das análises incluem a admissão ao trabalho, os acidentes ou incidentes de trabalho, as análises realizadas quando existe razoável grau de suspeita, as análises voluntárias e aleatórias e, principalmente, durante o processo de reabilitação do indivíduo. De qualquer maneira, os testes devem ser considerados apenas como parte de uma abordagem sistemática que inclui entrevista com empregados, informações a respeito dos efeitos das substâncias em diversos graus de consumo (quantidades consumidas), aspectos educacionais relativos a estilo de vida saudável e uma intervenção terapêutica voltada à reintegração do indivíduo ao trabalho oferecida ao trabalhador problemático, conforme recomenda o *International Labour Office – ILO (Guiding principles adopted by the ILO Inter-regional Tripartite Experts Meeting on Drug and Alcohol Testing in the Workplace*. Geneve, 1993).

O programa deve ser divulgado por escrito, detalhando todos os procedimentos adotados na realização das análises, desde a coleta de fluidos corporais até a divulgação dos resultados. A instituição deve divulgar amplamente sua política, enfatizando os propósitos do emprego das análises e a utilidade dos resultados. É de imensa importância a divulgação de quais substâncias serão testadas e as razões para tal, explicando, ainda, os métodos laboratoriais empregados e sua margem de segurança (BJS e ILO).

⁹⁷ ODO et alii, cit.

10. CONCLUSÃO

Dado o exposto no presente estudo, que não se pretendeu exaustivo, mas razoavelmente informativo, chega-se a algumas constatações irrefutáveis. Dentre elas, a de que os psicotrópicos são substâncias que podem afetar de forma bastante maléfica o organismo humano, levando seus usuários a uma crescente degeneração física e social. Igualmente a de que o tráfico ilícito dessas substâncias gera um sem número de problemas para a sociedade, que perde duplamente: em razão do desvio de recursos daí advindo, que poderiam ser aplicados em projetos sociais; e em função do custo que a violência, aliada ao narcotráfico, impõe ao erário, em gastos com saúde, recuperação dos dependentes, absenteísmo nas empresas e serviço público, em razão de faltas ao trabalho e gozo de licenças, bem como a concessão de aposentadorias precoces aos usuários destruídos pela droga.

Aliado a isso há o esgarçamento do tecido social e familiar pela sensação de impunidade e aparente inabilidade do poder público em dar combate ao narcotráfico, pelo desaparelhamento da polícia e da justiça, quando não o próprio comprometimento dessas instituições com o crime.

É uma realidade em todo o mundo o controle do uso indevido, abuso ou tráfico ilícito de psicotrópicos, controle esse que cada vez mais conta com a adesão de segmentos distintos da sociedade, como as empresas, as forças armadas, as escolas, os organismos policiais, enfim, numa demonstração de que o fim colimado pela Lei Antitóxicos tende a ser compartilhado por todas as pessoas esclarecidas.

Percebe-se, também, que a estratégia majoritária do combate às drogas pela redução da oferta tem falhado. Assim, há a necessidade de se atuar tanto nessa frente como, e principalmente, na redução da demanda e das circunstâncias que favorecem tanto a oferta quanto a demanda pela exposição dos grupos de risco. Nesses grupos de risco estão os jovens e os trabalhadores que atuam diretamente na prevenção ou repressão à drogadição e narcotráfico.

Uma forma de atingir tais grupos diretamente é submetê-los a testes toxicológicos admissionais e periódicos, buscando exatamente o envolvimento das entidades que os representam ou os acolhem, segundo o princípio da responsabilidade compartilhada.

Como analisado acima, grupos de risco potencialmente perigosos, que ainda não chamaram devida atenção são os condutores de veículos automotores e portadores de armas de fogo, e, ainda, outros trabalhadores em atividades sensíveis (que exigem profunda concentração, elevada perícia ou absoluta sobriedade), pelo alto grau de comprometimento da integridade de terceiros que o eventual uso de psicotrópicos por estes grupos representa.

Ficou claro, no entanto, pelos estudos já realizados e repercussões das proposições e normas atinentes ao tema, que o combate às drogas impõe uma efetiva integração

entre as entidades interessadas, de forma multidisciplinar e focando a célula-mater da sociedade (a família) no ambiente primário do Estado (o município), como bem determina a Política Nacional Antidrogas.

Sendo o uso indevido de drogas considerado uma doença social epidêmica pela OMS, da qual são elos o agente causador (droga), o hospedeiro (usuário), o meio (local de disseminação) e o vetor (traficante), há necessidade de que políticas permanentes de Estado (e não de Governo) conduzam o processo de combate a essa epidemia em todas as frentes, como fator de redução de sérios problemas econômicos (desemprego), sociais (violência doméstica) e psicológicos, que acabam realimentando o ciclo.

A proposta que ensejou o estudo, porém, é uma gota no oceano de afazeres que aguardam a iniciativa das autoridades. A presença do Estado, na forma de provedor de oportunidades a todos, baseado em educação e saúde de qualidade e como redistribuidor de renda, tendo como princípio o crescimento sustentado, visando a empregar com dignidade o crescente contingente de trabalhadores ociosos, é o que, a longo prazo, atrairá os marginalizados e excluídos para as atividades honrosas.

O fortalecimento das instituições, em especial a família e os órgãos estatais e a difusão da cultura de saúde integral, com a necessária vigilância da mídia e insubstituível colaboração de comitês antidrogas, empresas, associações esportivas e demais entidades comprometidas com o resgate social é condição essencial para a retomada do respeito pelas leis, para que a ordem prevaleça, gerando tranquilidade e garantindo a paz.

Como bem frisou o médico e ex-Deputado Federal Elias Murad, um dos pioneiros no estudo e combate à drogadicção no Brasil,

Não se pode aceitar, em lugar nenhum do mundo em que vivemos, que, sendo o homem um indivíduo que deve viver em sociedade e conviver com os seus semelhantes, possa ter o direito de agredir-se e também agredir o seu meio social. Nenhuma coletividade, por mais permissiva que seja, permanece sem alguns princípios fundamentais indispensáveis à sua sobrevivência. E, entre eles, um dos mais importantes é a preservação da saúde física e mental dos seus membros.⁹⁸

No aspecto legal, percebe-se que a norma que se pretende deve ser de caráter geral ou autorizativa, nos termos do art. 24, § 1º da Constituição da República, em consonância com o disposto no inciso XII. Isso se deflui da interpretação do pacto federativo a que se chamou a garantia de autonomia dos entes federados (art. 18), em cotejo com a análise da enumeração dos poderes da União (art. 21, competência exclusiva e art. 22, delegável), de poderes remanescentes para os Estados (art. 25, § 1º) e poderes definidos para os Municípios (art. 30), haja vista as possibilidades de competência comum (art. 23), de delegação (art. 22, parágrafo único) e

⁹⁸ MURAD, op. cit., p. 113.

de competência suplementar dos Estados (art. 24, §§ 2º e 3º) à da União para estabelecer normas gerais no âmbito da legislação concorrente (art. 24, § 1º).

Quanto aos policiais, à União é lícito legislar sobre as polícias de natureza federal, as polícias e corpo de bombeiros do Distrito Federal e as polícias civis em geral, entendendo-se que a iniciativa da União não implica necessariamente a do Presidente da República, cuja iniciativa legislativa privativa está expressa no art. 61, § 1º, aí englobando servidores públicos da União (inciso II, alínea c).

Ainda que se tome a via da iniciativa parlamentar, porém, é preciso indicar a fonte de recursos que custeie a medida, que poderia estar incluída no Fundo Nacional Antidrogas (Funad), aprovado pela Lei nº 7.560/1986 e alterado pela Medida Provisória nº 2.216-37/2001, cujo art. 5º destina os recursos, dentre outros beneficiários,

I – aos programas de formação profissional sobre educação, prevenção, tratamento, recuperação, repressão, controle e fiscalização do uso ou tráfico de drogas de abuso;

II – aos programas de educação preventiva sobre o uso de drogas de abuso;

III – aos programas de esclarecimento ao público;

IV – às organizações que desenvolvam atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários;

V – ao reaparelhamento e custeio das atividades de fiscalização, controle e repressão ao uso e tráfico ilícito de drogas e produtos controlados;

Verifica-se que os incisos referidos todos têm relação com a prevenção e repressão ao uso indevido e tráfico ilícito e, em especial os incisos IV e V atendem ao objetivo de dotar as instituições de servidores sóbrios e probos.

O processo legislativo, no caso, tanto pode se dar em relação a nova lei quanto pela via de alteração das existentes que, diretamente ou não, tratam do tema. Assim, a própria Lei Antitóxicos (Lei nº 10.409/2002) poderia acolher dispositivo pertinente. Se se considerar adequado o controle preventivo dos condutores de veículos automotores e portadores de arma de fogo, igualmente o fim seria atingido pela alteração das respectivas leis de regência (Lei nº 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro; e Lei nº 10.826/2003 – Estatuto do Desarmamento).

Como passo inicial, tal controle poderia se dar pela exigência de exames obrigatórios, por evento, de todos os condutores de veículos automotores e portadores de arma de fogo que se envolvessem em acidente com lesão corporal.⁹⁹ Como tais situações implicam, no

⁹⁹ O art. 277 e seu parágrafo único, do CTB, só impõe o exame em caso de suspeita da influência de álcool ou uso de outros psicotrópicos, deixando ao arbítrio do agente de trânsito o entendimento do termo “suspeita”, bem como da expressão “expondo a dano potencial a incolumidade de outrem”, do art. 306, o que torna tais preceitos por vezes inócuos.

mais das vezes, infração penal ou ato infracional, caberia ao próprio poder público, mediante seus institutos de perícia técnica, prover e custear referidos exames.

A não apresentação de projeto relativo ao tema, ao se colocar o presente estudo à disposição dos Senhores Deputados solicitantes e demais parlamentares, deve-se às razões já abordadas, quais sejam: a existência de projetos em tramitação, os quais poderão ser objeto de emenda visando a expurgá-los de eventuais eivas ou aperfeiçoar as propostas concebidas, inclusive quanto ao alcance da norma em razão das restrições de iniciativa legiferante; e a possibilidade de legislar sobre o tema mediante alteração das leis pertinentes.

Vislumbra-se como melhor solução, afinal, o chamamento à sociedade civil nas pessoas dos principais interessados para que, por meio de seus órgãos e entidades representativas, se discuta o tema nesta casa legislativa, vocacionada para a solução dos problemas nacionais, de que é exemplo o sucesso de audiências públicas realizadas nos momentos importantes do processo legislativo.

REFERÊNCIAS

BAUMEIER, Michele Valeska Méndez e FLEMMING, Diva Marília. *Antidoping nas escolas*. Disponível em <<http://www.antidoping.cjb.net>>, acessado em 21/10/2005.

BRAGA, Marco Aurélio. *Lista de policiais investigada em Joinville*. **A Notícia**, Joinville, 12/04/2000. Disponível em <<http://na.uol.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

BRANCATELLI, Rodrigo. Revista AOL. Ano I, n. 24, 21 maio. 2004. Disponível em <<http://www.noticias.aol.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

BRANDÃO, Luiz Sávio Salgado. *Drogas: a estratégia da municipalização como instrumento de implementação da Política Nacional Antidrogas*. Monografia. Disponível em <http://www.unb.br/ceam/np3/monografias/savio_salgado.pdf>, acessado em 07/12/2005.

Características de cada substância, nos Estados Unidos, em 2001. Fonte: Pesquisa Doméstica Nacional sobre Uso de Drogas 2001, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos - Revista Super Interessante. Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br/resumo.php>>, acessado em 15/12/2005.

Centro de Pesquisa e Assistência à Reprodução Humana (CEPARH), de Feira de Santana/BA, segundo Damiana Pereira de Miranda, durante debate no Centro de Estudos e Ação Social (Ceas), de Salvador/BA, sob o tema “*Vida, Sim; Dependência, Não!*”, realizado em 24-04-2001. Disponível em <<http://www.ceas.com.br/debates/debate.htm>>, acessado em 03/10/2005.

Conselho Municipal de Entorpecentes de São Paulo. *Nota sobre a realização de exames para detecção do uso de drogas nas escolas*. Disponível em <<http://cogea.uol.com.br/eticaedrogas/texto14.htm>>, data de acesso ignorada.

Cúpula da segurança se submete a teste antidoping durante lançamento do Programa de Prevenção ao Consumo de Drogas Ilícitas. Disponível em <<http://www.ssp.sp.gov.br>>, acessado em 07/10/2005.

Dicionário Eletrônico Aurélio, Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1997. CD-ROM; ou do sítio <<http://www.wikipedia.com>>, acessado em 20/12/2005.

DIP, Ricardo e MORAES JÚNIOR, Volney Corrêa Leite de. *Crime e castigo*: reflexões politicamente incorretas. Campinas : Millennium, 2002.

Drogas de abuso. Disponível em <<http://www.doutorbusca.com>>, acessado em 05/12/2005.

Empresas brasileiras realizam testes toxicológicos. Autor: Agência Folha Online. Fonte: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid). Disponível em <<http://www.antidrogas.com.br>>, acessado em 31/10/2005.

GIMENEZ, Mário Perez; MARTINS, Ana Maria Gomes; FERNANDES, Priscila Monsano. *Alerta às drogas de abuso no acidente de trabalho*. Dissertação.

Glossário de defesa civil: estudos de riscos e medicina de desastres. Antônio Luiz Coimbra de Castro, coordenador. 2. ed., rev. e amp. Brasília : MPO, Departamento de Defesa Civil, 1998, p. 16.

GOMES, Luiz Flávio. *Nazismo, holocausto e direito penal de autor*. Disponível em <<http://www.juristas.com.br/colunas>>, acessado em 28/12/2005.

_____. *Usuário de droga: prisão ou medidas alternativas?* 18/04/2004-12:16. Disponível em <<http://www.proomis.com.br>>, acessado em 03/10/2005.

GRACIANI Marcos e MÜLLER, Andreas (colaboração de Karine Moura Vieira). Adaptado de *Narcóticos: cadê a "responsabilidade social corporativa" aí?* **Revista Amanhã**. 30 mar. 2005. Disponível em <<http://amanha.terra.com.br/edicoes/208/capa01.asp>>, acessado em 31/10/2005. Os nomes dos pacientes foram omitidos.

HUGGINS, Martha K. *Polícia e política: relações Estados Unidos/América Latina*. São Paulo : Cortez, 1998.

LEMOS, Armando. *O teste toxicológico no Exército Brasileiro*. Monografia. Disponível em <<http://www.eceme.ensino.cb.br/postrgraduacao>>, acessado em 07/10/2005.

MOUNTIAN, Ilana. *Questões éticas e morais do conceito de drogadição*. Trabalho apresentado no Congresso Latino-Americano de Psicanálise, Buenos Aires, Argentina, 2002. Disponível em <<http://www.adroga.casadia.org/tratamento/conceito-drogadicao.pdf>>, acessado em 30/11/2005.

MURAD, José Elias. *Como enfrentar o abuso de drogas*. 3. ed. Belo Horizonte : Edição do autor, 1995.

Nova Enciclopédia Barsa, Barsa Planeta Internacional, São Paulo, 2002, v. 14, p. 142.

ODO, Silvia Akemi, ARAÚJO, Adriano C., SANTOS, Alessandra F. dos, TOLEDO, Fernanda C. P., YONAMINE, Maurício, SILVA, Ovandir Alves, e LEITE, Marcos da Costa. *Indicações e limites das análises toxicológicas para substâncias psicoativas*. Disponível em <<http://www.adroga.casadia.org>>, acessado em 06/10/2005.

Perfil dos crimes e drogas no Brasil em 2005. Disponível em <<http://www.unodc.org>>, acessado em 27-12-2005.

Política Nacional Antidrogas, disponível no sítio <<http://www.senad.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

Psychemedics Brasil, subsidiária da Psychemedics Corporation, disponível no sítio <<http://www.testededrogas.com>>, acessado em 05/10/2005.

QUEIROZ NETO, Valdir. Livreto elaborado tendo como fonte o sítio <<http://www.na.org.br>>, data de acesso ignorada, a Secretaria da Justiça e Direitos Humanos e o Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid).

Relatório da CPI do Narcotráfico, disponível em <<http://www.camara.gov.br>>, acessado em 31/10/2005.

Relatórios Referentes a Pesquisa de Diagnóstico Rápido e Pronto Resposta Aplicada na Cidade de São Vicente em 1998, como Parte do Estudo Multicêntrico de HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis da OMS - Fase II. Disponível em <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/iepas2d4.htm>>, acessado em 26/08/2005.

Revista Super Interessante. Disponível em <<http://www.mundoreal.blog.aol.com.br>>, acessado em 05/10/2005.

SAMPAIO, André Luís Marinho. *O bafômetro na Lei nº 9.503/97. Código de trânsito brasileiro - CTB*. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 7, n. 60, nov. 2002. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3555>>, acessado em 30/12/2005.

SILVA JÚNIOR, Edison Miguel da. *Porte ilegal de arma de fogo qualificado pela condenação anterior*. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina>>, acessado em 28/12/2005.

Simpósio Internacional Ambiente de Trabalho Livre de Drogas., realizado pelo Instituto Brasileiro de Estudos Toxicológicos e Farmacológicos (IBET) e a entidade médica Corplus, dentro do Programa Empresa Livre de Drogas. Relatório disponível em <http://www.penielpacheco.com.br/0_SimposioAmbienteDrogas.pdf>, acessado em 31/10/2005.

VELOSO, Adriana. *Presidente Lula olhe para a experiência de seus contrerrôneos!* 10 abr. 2003. Disponível em <<http://www.narconews.com/pt.html>>, acessado em 03/10/2005.

ZORZETTO, Ricardo. *Policiais usuários de drogas receberão tratamento multidisciplinar*. Disponível em <<http://www.unifesp.br/>>